

Technische Universität Darmstadt
Fachbereich 3 - Humanwissenschaften
Institut für Allgemeine Pädagogik und Berufspädagogik



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DARMSTADT

**Identifizierung von Belastungsfaktoren und Beanspruchung von
Hebammenschülerinnen während der Berufsausbildung**

Eine qualitative und quantitative Studie zur Erfassung und Bewertung von
Belastungsfaktoren und Beanspruchung von Hebammenschülerinnen

von Dipl. Pflegewirtin Monika Greening
geboren am 19. April 1965 in Wiesbaden

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades eines Dr. phil.,
vorgelegt bei dem Institut für Allgemeine Pädagogik und Berufspädagogik
der Technischen Universität Darmstadt

Einreichungstermin: 02. November 2010
Prüfungstermin: 03. Februar 2011

Referent: Prof. Dr. Josef Rützel
Korreferent: Prof. Dr. Nina Keith

Darmstadt 2011
Hochschulkennziffer: D17

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Menschen bedanken, die mich bei der Anfertigung dieser Dissertation unterstützt haben.

Ganz herzlich möchte ich mich bei Prof. Dr. Rützel für die wissenschaftliche Betreuung und Unterstützung meiner Arbeit bedanken. Seine positive Grundhaltung und seine bestärkende Art haben mir sehr geholfen.

Frau Prof. Dr. Keith danke ich für die freundliche Unterstützung und Beratung zur Auswertung meiner Analysen in der Endphase.

Mein Dank gilt insbesondere all den Hebammenschülerinnen und Lehrerinnen für Hebammenwesen, die durch ihre Teilnahme an den Studien, diese Arbeit erst möglich gemacht haben.

Weiterhin möchte ich Frau Prof. Dr. Paul-Kohlhoff für die Unterstützung insbesondere in der Anfangsphase meiner Arbeit danken. Frau Dr. Loytved danke ich für das hervorragende Coaching zur Themenfindung. Für die wissenschaftliche Hilfe und Geduld bei der Bearbeitung der qualitativen Analyse und der kameradschaftlichen Unterstützung danke ich Laima Nader und Melanie Weigele. Dr. Joachim Mühlmeier danke ich für die Hilfe durch den Weg des statistischen Irrgartens. Ganz herzlich möchte ich Mareike Schwed danken für den kreativen Input und den freundschaftliche Beistand. Die Idee zu promovieren kam von meiner verehrten Schwiegermutter Dott. Laura Greening, der ich an dieser Stelle für die Idee und familiäre Unterstützung danken möchte.

Schließlich möchte ich meinem Mann Giorgio von ganzem Herzen danken. Ohne Deine Liebe, Verständnis und unendliche Geduld wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Du hast mir Kraft und Mut gegeben, immer an mich geglaubt, meine Launen ertragen, mir den Rücken frei gehalten und dabei auf vieles verzichtet. Ich danke Dir für all dies und noch viel mehr. Ich liebe dich.

Zusammenfassung

Ziel der Arbeit war die Identifizierung von Belastungsfaktoren und die Erfassung von subjektiver Beanspruchung von Hebammenschülerinnen während der Ausbildung. Mittels einer Längsschnitterhebung wurden bei 222 Hebammenschülerinnen aus 14 verschiedenen Hebammenschulen zu Beginn der Ausbildung (T1) und erneut nach einem Jahr (T2), der Burnout (BM), physische Beschwerden (BL) und der Sense of Coherence (SOC) erhoben. Die Rücklaufquote betrug 92,5%: Die Ergebnisse des BM und BL der Gesamtstichprobe haben sich signifikant von T1 zu T2 verschlechtert. Dies wird als Indiz für eine negative Beanspruchung gewertet. BM und BL weisen sowohl bei T1 als auch bei T2 eine Korrelation auf und beide korrelieren negativ mit dem SOC. Der SOC-Wert hat sich nur in einer Schule signifikant verschlechtert. Der SOC zeigte keinen moderierenden Einfluss zwischen der Belastung und der Beanspruchung. Es zeigte sich ein schulspezifischer Unterschied der Belastung und Beanspruchung. Zur Ermittlung der möglichen Ursachen für dieses Ergebnis, wurden die Schülerinnen bei T2 aufgefordert ihre subjektiv wahrgenommenen Belastungen während der bisherigen Ausbildungszeit in Form eines Freitextes zu beschreiben. Die meisten ausbildungsbedingten Belastungen nannten die Schülerinnen in der praktischen und schulischen Organisation, dem Schichtdienst, den Erlebnissen im praktischen Einsatz und in der sozialen Beziehung zu den Hebammen. Es werden Vorschläge erarbeitet, um die Situation zu verbessern.

Abstract

The aim of this study was to identify strain sources which student midwives are exposed to and to assess the resulting subjective stress. A longitudinal quantitative analysis of 222 pre-registration midwives from 14 German midwifery schools was executed at the beginning of their 3-year midwifery programmes (T1) and one year later (T2), with a return rate between T1 and T2 of 92.5%. The burnout (BM), general health (BL) and Sense of Coherence (SOC) were determined. The BM and BL deteriorated significantly between T1 and T2, which is interpreted to indicate exposure to negative strain. BM and BL correlate both at T1 and T2 and both correlate negatively with SOC. The SOC values only deteriorated in one school, the others remaining unchanged. The SOC did not show a moderating effect between stress and strain. Stress and strain levels differed from school to school. The students were asked in T2 to self report stress they experienced during their midwifery programme in order to determine the possible causes for the results of this study. The main sources of stress were identified to be the organisation of the clinical and the theoretical phases, shift work, negative experiences during the clinical phases and the interpersonal relationship with the midwives in the delivery ward. Suggestions are made on how to improve the situation.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	9
2	Der Beruf Hebamme/Entbindungspfleger.....	12
2.1	Definition Hebamme	12
2.2	Berufsverständnis.....	13
2.3	Tätigkeitsfeld	14
2.4	Berufsorganisation	15
2.4.1	Deutscher Hebammen Verband (DHV)	15
2.4.2	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD).....	16
2.4.3	Bundeshebammenschülerinnenrat (BHSR).....	17
2.4.4	International Confederation of Midwives (ICM).....	19
2.5	Arbeitsgemeinschaft der Medizinalberufe i. d. Therapie und Geburtshilfe (AGMTG).....	19
2.6	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi).....	20
2.7	Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen	20
2.7.1	Landesebene	20
2.7.2	Bundesebene.....	21
2.7.3	Bologna-Prozess.....	22
2.7.4	EU-Richtlinien	22
2.8	Ausbildung	24
2.8.1	Wissenswertes zum besseren Verständnis	24
2.8.2	Strukturelle Rahmenbedingungen	26
2.8.3	Lehrerinnen für Hebammenwesen und Praxisanleiterinnen	27
2.9	Akademisierung und aktuelle Herausforderungen der Gesundheitsversorgung	29
2.10	Zusammenfassung	31
3	Hintergrund und Forschungsstand.....	32
3.1	Stress, Stressor, Belastung, Fehlbelastung, Beanspruchung und Burnout.....	32
3.2	Ausgesuchte Theoriekonzepte	33
3.2.1	Das Belastungs- / Beanspruchungskonzept.....	33
3.2.2	Das transaktionale Stresskonzept.....	36

3.2.3	Das Arbeitspsychologische Stressmodell.....	37
3.2.4	Das Konzept der Salutogenese.....	41
3.2.5	Begriffsgrundlage für diese Arbeit	42
3.3	Physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz.....	43
3.3.1	IGA Fakten 1 – Psychische Gesundheit im Erwerbsleben.....	43
3.3.2	IGA Report 5 – Psychische Belastungen am Arbeitsplatz	44
3.4	Forschung und Wissen zur Hebammenausbildung.....	48
3.5	Forschung zum Zusammenhang von SOC, Burnout und Beruf	53
3.6	Zusammenfassung	57
4	Qualitative Studie	58
4.1	Untersuchungsdesign.....	58
4.2	Fragestellung	58
4.3	Erhebung und Methode	59
4.3.1	Offener Brief der Hebammenschülerinnen	59
4.3.2	2. Vorsitzende des Bundeshebammenschülerinnenrat (BHSR)	59
4.3.3	Lehrerin für Hebammenwesen	61
4.3.4	Halbstrukturierter Interviewleitfaden	62
4.3.5	Pretest	62
4.3.6	Auswertungsmethode der Interviews	63
4.4	Auswertungsinstrument – MAXQDA.....	64
4.5	Ergebnisse und Diskussion	65
4.5.1	Die Probandinnen	65
4.5.2	Die Ausbildungsorganisationen.....	67
4.5.3	Motivation für die Berufswahl	70
4.5.4	Organisation und Kommunikation	71
4.5.5	Hierarchie und Kommunikation	80
4.5.6	Stimmung und Umgang	82
4.6	Zusammenfassung	86
5	Quantitativen Studie.....	87
5.1	Untersuchungsdesign.....	87
5.2	Fragestellungen und Hypothesen.....	89
5.3	Erhebung und Methode	91
5.3.1	Stichprobe.....	91
5.3.2	Pretest	92

5.3.3	Untersuchungsablauf und Rücklaufquote.....	93
5.3.4	Methode zur Erfassung des salutogenen Persönlichkeitsmerkmals	95
5.3.5	Methode zur Erfassung von psychophysischer Beanspruchung.....	98
5.3.6	Methode zur Erfassung von physischer Beanspruchung.....	101
5.3.7	Methode zur Erfassung und Auswertung der individuellen Belastungsfaktoren	102
5.4	Statistische Analyse	104
5.5	Ergebnisse	104
5.5.1	Probandinnen	104
5.5.2	Veränderung der BM-, BL- und SOC Werte von T1 zu T2.....	109
5.5.3	Korrelationen der SOC-, BM- und BL-Ergebnisse	116
5.5.4	Schulspezifische Unterschiede der Ergebnisse.....	119
5.5.5	Veränderung der Befindlichkeit	124
5.5.6	Ergebnisse der „Offenen Frage“ zur individuellen Belastung.....	128
5.5.7	Zusammenhang zwischen individueller Belastung und BM-, BL- und SOC- Ergebnissen	137
5.5.8	Schulspezifischer Zusammenhang zwischen den Freitextantworten und BM-, BL- und SOC-Ergebnissen	139
5.5.9	Zusammenhang zwischen den Personenangaben und BM-, BL-, SOC-Ergebnissen	149
5.5.10	SOC als Moderator auf die wahrgenommene Belastung.....	149
5.6	Methodenkritik	150
5.7	Zusammenfassung	151
6	Diskussion der Ergebnisse und Ausblick für die Hebammenausbildung	154
	Literatur.....	161
	Gesetzestexte, Richtlinien und Ordnungen	178
	Abkürzungsverzeichnis.....	179
	Tabellenverzeichnis.....	181
	Abbildungsverzeichnis.....	183
	Anhang - Abbildungsverzeichnis	184
	Anhang – Tabellenverzeichnis.....	206

Wissenschaftlicher Werdegang.....	255
--	------------

1 Einleitung

Die Aufgaben von Hebammen sind, Frauen während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu betreuen, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufes frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und alle Tätigkeiten zu dokumentieren. Die Hebammenarbeit stellt eine zentrale gesellschaftliche Dienstleistung dar. Die Ausbildung der Hebammen findet allerdings nicht unter Laborbedingungen statt, sondern erfolgt *im* und *mit* dem wirklichen Leben. Bedingt durch die Tatsache, dass die Hebammenschulen an Kliniken oder Universitäten angeschlossen sind, häufig mit einer Kinderklinik, ist der Anteil an Pathologie entsprechend hoch. Krankheit, Tod und der damit verbundene Schmerz und Trauer von Menschen gehören daher zum Ausbildungsalltag von Hebammenschülerinnen. Dies bedeutet schon für eine gestandene Hebamme oder Ärztin eine Belastung und Beanspruchung und erst Recht für eine Schülerin.

Die physischen und psychologischen Gegebenheiten von Frauen während der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett sind sehr unterschiedlich und es bedarf Sensibilität, Erfahrungswissen, Intuition, Kompetenzen, Zeit und das Wissen, wie und welche evidenten wissenschaftlichen Erkenntnisse angewandt werden sollen im individuellen Fall, um eine gute individuelle Betreuung der Frauen/Familien zu gewährleisten. Das richtige Wort, den richtigen Ton und die angemessene Handlung, im individuellen Fall, zu wählen, ist hierbei die Hebammenkunst (vgl. Weiß 2004). Eigentlich sollte die Ausbildung zur Hebamme ein geschützter „Raum“ sein, in dem die Schülerinnen lernen, einer solchen sensiblen Aufgabe gerecht zu werden. Doch wie viel Raum hat eine solche Betreuung der Auszubildenden in der Realität? Die scheinbar immer währende Diskussion über die Technisierung in der Geburtshilfe in den einschlägigen Fachzeitschriften und die statistischen Zahlen über den Geburtsmodus zeigen, dass die normale Geburt rückläufig ist (vgl. Schwarz & Schücking 2002, 2004; Wagner 2002; Marraffa 2003; Luyben 2001; Krause 2001; Walsh 2002; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM), AG für Materno-Fetale Medizin (AGMFM) 2005). Originäre Hebammentätigkeiten und damit die Hebammenkunst laufen Gefahr durch die Medikalisierung der Geburtshilfe verdrängt zu werden. Diese Tatsachen haben eine Auswirkung auf die Ausbildung von Hebammen. Die Schülerinnen werden, durch die starke Ausrichtung der risikoorientierten Geburtshilfe, nicht ausreichend an die Aufgaben herangeführt, die

sie erlernen müssen, um das Ausbildungsziel und die vorbehaltene Tätigkeiten, Betreuung von physiologischen Verläufen in der Geburtshilfe, so gut zu erlernen, dass sie diese auch verantwortungsvoll nach der Ausbildung ausführen können (HebG § 5). Hinzu kommt, dass es an Hebammen mangelt, die das Wissen von originären Hebammentätigkeiten mit entsprechender Ruhe und in einem geschützten Raum vermitteln können und die über eine pädagogische Eignung verfügen, um das Wissen auch adäquat zu (vgl. Zoege 2004; Sayn-Wittgenstein 2007). Dass dies eine Auswirkung auf die Hebammenausbildung hat und als belastend von den Hebammenschülerinnen wahrgenommen wird, zeigt eindrücklich der *Offene Brief des Bundeshebammenschülerinnenrat (BHSR) an den Deutschen Hebammenverband e. V. (DHV)* von 2005, der vor allem die ungenügende Ausbildung im Bereich der physiologischen Verläufe und den schlechten Umgang im Kreißsaal kritisiert (vgl. BSHR 2005).

Dauerhafte negative berufliche Belastung kann zu einem Burnout (engl.: to burn out = ausbrennen) führen. Menschen, die in einem Beruf arbeiten bei dem „ständig Dienst am Menschen“ getan wird, sind hiervon besonders betroffen. Lange glaubte man, dass dieser Zustand, der durch gemütsmäßiger Erschöpfung, innerer Distanzierung und Leistungsabfall gekennzeichnet ist, erst nach vielen Berufsjahren auftreten kann. Neuere deutschsprachige Studien, die dieses Phänomen bei nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen untersuchten, belegen, dass dies bereits während der Ausbildung der Fall sein kann (vgl. Engelkamp 2001; Schickanski 2006; Hausmann 2009). Der Hinweis auf die Entwicklung eines Burnouts während der Hebammenausbildung in Deutschland findet sich auch bei Reime (2000). Jüngere Tendenzen der Burnout-Forschung beschäftigen sich auch mit der Frage, ob, und wenn ja, welche positive Verfügbarkeiten und Möglichkeiten der Persönlichkeit eines Menschen existieren, die eine wirksame Ressource sind, hinsichtlich der wahrgenommenen Belastung und der daraus folgenden Beanspruchung (vgl. Rösing 2008:167f).

Ausgehend von der dargestellten Problemlage, war es Ziel dieser Arbeit, mittels qualitativer Hebammenschülerinnen-Interviews, zunächst die Belastungsmomente während des Kreißsaaleinsatzes in der Hebammenausbildung näher zu beleuchten. Eine anschließende Längsschnittstudie, bei der standardisierte Instrumente verwendet wurden, diente der tatsächlichen Ermittlung von psychischer und physischer Fehlbeanspruchung von Hebammenschülerinnen während der Ausbildung. Außerdem wurde ermittelt, ob das Kohärenzgefühl nach dem

Salutogenese-Konzept von Antonovsky, welches einen moderierenden Effekt auf die Belastungswahrnehmung und der daraus resultierenden Beanspruchung haben kann, auch bei den Hebammenschülerinnen einen Unterschied erkennen lässt.

Die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen bedingen eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen wie *der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* in seinem Gutachten (2007) ausführte. Dies führt auch zu Reformbemühungen in der Ausbildung von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, zu denen der Hebammenberuf zählt. Mit dem Gesetzentwurf des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (vgl. Deutscher Bundestag 2008) wurde ein erster Schritt zur Anhebung der grundständigen Hebammenausbildung auf das tertiären Bildungslevel realisiert, wie sie seit Jahren in der Fachwelt diskutiert wird (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007). Zurzeit variieren die Ausbildungsbedingungen und –qualität, je nach Schule, recht stark, was zum Teil auch daran liegt, dass es kein allgemeingültiges und verbindliches Curriculum für die Hebammenschulen gibt (vgl. Zoege 1998, 2004). Die derzeitigen Reformbemühungen bieten daher auch eine Möglichkeit, die Struktur und Organisation der Hebammenausbildung, insbesondere für die praktische Ausbildung, bundesweit auf das gewünschte Niveau zu verbessern. In Kapitel 2 werden deshalb die grundlegenden Aspekte, rund um den Beruf der Hebamme, die für diese Arbeit von Bedeutung sind, vorgestellt. Neben den Kapiteln, die Informationen zum Beruf bieten, wie die Definition, Berufsverständnis und dem Tätigkeitsfeld, werden auch die wichtigsten Verbände dargestellt, die einen Beitrag zur berufspolitischen Entwicklung des Hebammenwesens in Deutschland leisten. Ebenso werden die gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen, die einen Einfluss auf die Hebammenausbildung und –arbeit nehmen und die Hebammenausbildung in ihren wesentlichen Grundzügen skizziert.

In Kapitel 3 werden ausgesuchte Stress- und Belastungsmodelle und der Forschungsstand, der für diese Arbeit relevant ist, vorgestellt. Kapitel 4 stellt die Erhebungsmethode, Auswertung, Ergebnisse und Diskussion für die qualitative Studie in dieser Arbeit vor. Die Erhebungsmethode, Instrumente, Auswertung, Ergebnisse und Diskussion der quantitativen Erhebung werden in Kapitel 5 dargestellt. Ein zusammenfassender Überblick und Ausblick für die Hebammenausbildung, aufgrund der gewonnen Erkenntnisse, wird in Kapitel 7

diskutiert. Zur Einführung in das Thema folgt im nächsten Kapitel zunächst eine Definition der Hebamme.

2 Der Beruf Hebamme/Entbindungspfleger

2.1 Definition Hebamme¹

Der internationalen Hebammenvereinigung *International Confederation of Midwives* (ICM) gehören 85 Hebammenverbände, aus 75 Ländern, an. Sie gilt als Impulsgeber für die nationale Arbeit des Deutschen Hebammen Verbandes e.V. Der ICM arbeitet seit vielen Jahren mit der *World Health Organisation* (WHO) und der *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) zusammen. (vgl. Mändle et al. 2000; Wolber 2006). Vom ICM wurde folgende Definition der Hebamme formuliert:

Definition der Hebamme

Eine Hebamme ist eine Person, die nach ordnungsgemäßer Zulassung zu einer im jeweiligen Land anerkannten Hebammenausbildung diese erfolgreich abgeschlossen und die erforderliche Qualifikation für die Zulassung zur Hebamme erworben hat.

Die Hebamme ist eine verantwortungsbewusste, zuverlässige professionelle Fachkraft, die partnerschaftlich mit Frauen zusammenarbeitet und ihnen die erforderliche Unterstützung, Betreuung und Beratung während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett gewährt.

Sie leitet eigenverantwortlich die Geburt und betreut das Neugeborene und den Säugling.

Die Arbeit der Hebamme umfasst präventive Maßnahmen, die Förderung der normalen Geburt, das Erkennen von Komplikationen bei Mutter und Kind, die Gewährleistung notwendiger medizinischer Behandlung oder anderer angemessener Unterstützung sowie die Durchführung von Notfallmaßnahmen.

¹ Der Beruf Hebamme bzw. der Lehrerin für Hebammenwesen wird fast ausschließlich von Frauen ausgeübt, weshalb für diese Arbeit die weibliche Form verwendet wird, sowohl für die Schülerin als auch für die Lehrerin. Selbstverständlich sind Männer im logischen Kontext immer eingeschlossen.

Die Hebamme hat eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsberatung, nicht nur für Frauen, auch innerhalb der Familie und der Gesellschaft. Diese Arbeit sollte vor der Geburt beginnen, die Vorbereitung auf die Elternschaft einbeziehen, wie auch Hinweise zur Gesundheit, Sexualität und zur Entwicklung des Kindes beinhalten.

Eine Hebamme kann in verschiedenen Bereichen praktizieren, einschließlich Hausgeburtsilfe und Gemeindearbeit, in Krankenhäusern, Kliniken oder in Gesundheitseinrichtungen.

Angenommen vom Rat des Internationalen Hebammenverbandes (ICM) am 19.7.2005 in Brisbane, Australien. Ersetzt die Definition der Hebamme des ICM von 1972 mit den Änderungen von 1990.²

Die Definition des ICM, die auch in Deutschland anerkannt ist und in deutschen Hebammen-Lehrbüchern zitiert wird, vermittelt bereits einen Eindruck, welches Berufsverständnis Hebammen haben.

2.2 Berufsverständnis

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit sind normale Lebensereignisse, in der Hebammen eine Unterstützung der physiologischen Vorgänge anstreben. Dabei ist es wichtig, die individuellen Bedürfnisse der Frauen wahrzunehmen und zu berücksichtigen unter Einbezug der jeweiligen kulturellen Werte und Überzeugungen. Als übergeordnete Ziele werden die Gesunderhaltung von Mutter und Kind, sowie die Förderung der Kompetenz und Selbstbestimmung der Frau erachtet. Besondere Bedeutung in der Hebammenarbeit hat das ethische Prinzip des Nichtschadens durch Vermeidung von Interventionen, insbesondere wenn sie den natürlichen Verlauf beeinträchtigen und/oder ein relativ hohes Potential an unerwünschten Nebenwirkungen haben (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007; Bund Deutscher Hebammen e.V. 1999). Die vom ICM erarbeiteten Grundsätze einer Ethik für Hebammen wurde von der deutschen ICM Arbeitsgruppe übersetzt und im Frühjahr 1992 als Leitlinien für die Hebammenarbeit in Deutschland verabschiedet (vgl. Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH³) 1999; Mändle et al. 2000). Diese Leitlinie beschreibt das ethische Berufsverständnis von Hebammen und bezieht

² Die hier wiedergegebene Fassung ist von der Homepage des DHV (www.hebammenverband.de), Stand: 21.08.2010.

³ Seit Oktober 2008: Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)

Stellung zu Aspekten, die über die originäre Hebammentätigkeit hinausreichen, wie z. B. Forschung und Qualitätssicherung. Eine genauere Darstellung über die Tätigkeiten, die von Hebammen ausgeführt werden, wird im nächsten Kapitel beschrieben.

2.3 Tätigkeitsfeld

Hebammen bieten ein breites Spektrum verschiedener Versorgungsangebote für Schwangere, Gebärende und Mütter mit Säuglingen an. Das Tätigkeitsfeld der Hebamme stellt eine zentrale gesellschaftliche Dienstleistung im Rahmen des Gesundheitswesens dar.

Das Versorgungsangebot beginnt bereits in der Schwangerschaft mit der Schwangerenvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien, Beratung in Fragen der Ernährung und Lebensführung, Behandlung von Schwangerschaftsbeschwerden und dem Halten von Geburtsvorbereitungskursen. Während der Geburt unterstützt und leitet sie die Frau an, fördert gegebenenfalls den Geburtsablauf durch geeignete Maßnahmen, überwacht den Gesundheitszustand der Gebärenden und des Kindes, bindet den Partner in die Betreuung mit ein und begleitet das Kind auf die Welt. In der Nachgeburtsphase entwickelt sie die Plazenta und versorgt das Neugeborene. Im Wochenbett werden die Frauen über mehrere Wochen bezüglich Stillen, Ernährung, Rückbildung, Pflege und allen anstehenden lebenspraktischen Themen beraten. Die Hebamme beobachtet die Entwicklung des Kindes und den Gesundheitszustand von Mutter und Kind. Sie betreut auch Frauen, die eine Fehl- oder Totgeburt erfahren haben. Weiterhin bietet sie Rückbildungskurse an (vgl. BDH 2003).

Außer den aufgezählten Dienstleistungen, die über die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung mit den Krankenkassen abgerechnet werden, gibt es noch eine Reihe von weiterführenden Angeboten im Bereich der Gesundheitsbildung, wie beispielsweise die Babymassage, Säuglingspflegekurse oder Yoga (vgl. Zoege 2004).

Hebammen sind – gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten – auch für die Betreuung und Beratung von Frauen zuständig, bei denen Gesundheitsrisiken vorliegen wie beispielsweise vorzeitige Wehen, Behinderungen oder Suchtproblematiken (vgl. Zoege 2004).

Die berufspolitische Organisationen und die gesetzlichen Grundlagen, die den Beruf der Hebamme regeln oder beeinflussen, werden mit dem nächsten Kapitel erläutert.

2.4 Berufsorganisation

2.4.1 Deutscher Hebammen Verband (DHV)

Der DHV (Der Verband wurde im Oktober 2008 von Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH) auf den Vereinsnamen *Deutscher Hebammen Verband e. V. (DHV)* umbenannt.) besteht in seiner heutigen Struktur seit 1982 und ist der Dachverband der 16 Hebammenlandesverbände mit Sitz in Karlsruhe. Das offizielle Organ des DHV ist das Hebammenforum. Rund 90% der Hebammen in Deutschland sind Mitglied im DHV. Aufgaben und Ziele des DHV sind:

- „die beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der Hebammen wahrzunehmen und zu fördern,
- ihre Belange bei Politiker, Behörden, Gewerkschaften, Gerichten, Krankenkassen und in der Öffentlichkeit zu vertreten,
- eine Rechtsstelle und eine Gutachterinnenkommission zu unterhalten,
- internationale Beziehungen zu pflegen,
- die Mitglieder in der Aufklärung und Gesundheitserziehung der Bevölkerung zu unterstützen,
- für die Fortbildung der Hebammen auf Landes- und Bundesebene zu sorgen.“ (Mändle et al. 2000).

Es gibt eine Reihe von Aktivitäten des DHV, die an dieser Stelle nicht alle beschrieben werden können. Exemplarisch für die Arbeit des DHV werden deshalb die Aktivitäten zur Qualitätssicherung der Hebammenarbeit und die Akademisierung des Hebammenberufs skizziert, weil sie dem Thema dieser Arbeit entsprechen.

Mit Einzug der Qualitätssicherung Mitte der 90er-Jahre gründete auch der BDH eine Arbeitsgruppe *Qualitätssicherung im BDH*, mit dem Ziel, Qualitätssicherungsverfahren für die Hebammentätigkeit zu erarbeiten. Etwa zeitgleich beginnen einzelne Bundesländer mit der Perinatalerhebung, die nach bestimmten Aspekten alle stationären Geburten dokumentiert. Das gewonnene Datenmaterial lässt aber keine Rückschlüsse über die Qualität der Hebammenarbeit zu. Für die Hebammen war insbesondere die Dokumentation und Qualitätserhebung

der außerklinischen Geburten interessant, um der Kritik an der hebammengeleiteten Geburtshilfe etwas entgegenhalten zu können. In Berlin wurde eine Arbeitsgruppe *Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe* gegründet. Vom BDH und dem *Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland (BfHD)* wurde gemeinsam ein Dokumentationsbogen erarbeitet. Im Jahr 2000 gründeten beide Vereine die *Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. (QUAG)*, die seither die außerklinische Perinatalerhebung steuert und koordiniert (vgl. Schroth 2005; Wolber 2006).

Der Verein *Hebammengemeinschaftshilfe (HGH)* wurde 1960 mit dem Ziel gegründet, Hebammen, die unverschuldet in Notsituationen geraten sind, zu unterstützen. Durch die Fusionierung des *Verband Deutscher Anstaltshebammen (VDA)* und der Landesverbände der freiberuflichen Hebammen und den dadurch bedingten strukturellen Veränderungen, bekam der HGH eine finanzielle Unterstützung. Dadurch erweiterte dieser sein Aktivitätsspektrum in Richtung Fortbildung und Hebammenforschung. Die HGH vermerkte in den 90-er Jahren einen erheblichen Bedarf an Fortbildungen für originäre Hebammentätigkeiten (vgl. Zoege 2004:15). Im Jahr 2000 wurde das eigenständige Büro des HGH in Hannover aufgelöst und in die Geschäftsstelle des DHV in Karlsruhe integriert. Der inzwischen immense Arbeitsaufwand für die Fortbildung machte es nötig, dass eine hauptamtliche Stelle der *Bundesfortbildungsbeauftragten (BfB)* eingerichtet wurde. Der HGH hat zwischen 1993 und 2002 eine eigene Schriftenreihe herausgegeben. Dieser Denkansatz gipfelte in eine neue Fachbuchreihe *DHV-Expertinnenwissen* im Hippokrates Verlag (vgl. Wolber 2006).

Neben dem *Deutschen Hebammenverband (DHV)* ist der *Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD)* für die Berufsorganisation der Hebammen in Deutschland zu benennen.

2.4.2 Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD)

Der Verein *Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (BfHD)* wurde 1984 gegründet und vertritt als Verband die freiberuflich tätigen Hebammen. Der Verband unterhält eine Rechtsstelle und verfügt über ein Verbandsorgan, die vierteljährlich erscheinende Zeitschrift *Hebammen-Info*. Die Aufgaben und Ziele des Verbandes sind die Förderung der beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der

freiberuflichen Hebammen, deren Belange bei öffentlichen Organen zu vertreten, für Fortbildungen zu sorgen und bei der Aufklärung und Gesundheitserziehung der Bevölkerung mitzuarbeiten (vgl. Mändle et al. 2000).

Seit 1983 sind auch die Hebammenschülerinnen in Deutschland organisiert. Die Gründungsgeschichte, Organisationsform, Aufgaben und Ziele des *Bundeshebammenschülerinnenrat* (BHSR) werden im Folgenden beschrieben.

2.4.3 Bundeshebammenschülerinnenrat (BHSR)

„Vor mehr als 20 Jahren hat ein Comic in Dr. Mabuse den Anstoß zur Vereinigung der Hebammenschülerinnen Deutschlands gegeben. Da saß eine Maus in einem Einmachglas und eine weitere davor. Der Untertitel war: "Alleine machen sie dich ein." So entschlossen sich die Hamburger Schülerinnen zu einem großen Sommerfest für alle Hebammenschülerinnen Deutschlands. Und hier wurde die Idee geboren, sich regelmäßig zu treffen, um auch zukünftig nicht alleine zu sein, sondern gemeinsam an einer Verbesserung der Ausbildungsbedingungen zu arbeiten.“

(www.bhsr.de/web/Wir_über_uns, 23.08.2010, 19.21).

Mit dieser kleinen Anekdote beschreibt der BHSR auf seiner Website seine eigene „Gründungsgeschichte“. Bei einem ersten überregionalen Treffen 1982 in Hamburg formulierten 50 Schülerinnen ihre Kritik an der Ausbildung. Sie beklagten die ungleiche Ausbildungsvergütung, den Wohnzwang in den Schwesternhäusern, die katastrophale Unterrichtssituation bedingt durch fehlende Lehrpläne, unmotivierte Lehrkräfte, uneinheitliche praktische Ausbildung, das mangelnde Interesse des Verbandes an Schülerinnenbelange und *„die dort herrschende furchtbar eingestaubte Atmosphäre“*. Um die Situation für die Schülerinnen zu verbessern, gründeten sie den Bundeshebammenschülerinnenrat im Jahr 1983 (vgl. Schumann 2006).

Aufgaben und Ziele des BHSR sind:

- Ansprechpartnerin für derzeitige und zukünftige Hebammenschülerinnen zu sein,
- den Austausch zwischen den Schulen zu fördern,
- die Ausbildungsbedingungen und –inhalte zu vergleichen,
- die Ausbildungsbedingungen zu verbessern,

-
- Öffentlichkeitsarbeit,
 - Interessenvertretung nach innen und außen,
 - die Zusammenarbeit mit Berufsverbänden und Hebammenfachzeitingen
 - als Kontaktvermittler zwischen Schülerinnen und Schule / Verbänden zu fungieren und
 - den Kontakt zwischen Personen und Organisationen zu fördern und unterstützen.

Der BHSR setzt sich zusammen aus delegierten Hebammenschülerinnen der Hebammenschulen Deutschlands, zwei gleichberechtigte Bundesdelegierte, einer Schatzmeisterin und einer Beirätin. Dreimal jährlich finden Ratstreffen statt, welche den Schülerinnen vor allem Raum für persönlichen Austausch und Diskussion ermöglichen. Diese Treffen werden auch zur Informationsweitergabe und Berichterstattung durch die Bundesdelegierten genutzt, die an der Delegiertentagung des Deutschen Hebammenverbandes e. V. (DHV)⁴, an der Bundestagung der Lehrerinnen für Hebammenwesen oder an anderen ausbildungsrelevanten Tagungen teilnehmen. Neben einer Reihe von organisatorischen und klärenden Fragen, sind es vor allem die ausbildungsspezifischen Fragen, die bei den Ratstreffen diskutiert werden. Unterstützt wird der BHSR, obwohl er unabhängig ist, vom DHV und dem Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (BfHD).

Die Schülerinnen geben auf ihrer Website unter „Unsere Themen“ u. a. das „Klima im Kreißsaal“ und den „Schulvergleich“ an. Die uneinheitliche Ausbildung von Schule zu Schule wird von den Hebammenschülerinnen seit Jahren kritisiert (vgl. Mustin 2002; Bohde & Borchert 2005). Als letzte von den Schülerinnen erwähnte Aktion, findet sich der „Offene Brief des BHSR an den DHV im Sommer 2005“. Dieser Brief ist Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit: Hier beschreiben die Schülerinnen Missstände in der Ausbildung, denen sie scheinbar „hilflos ausgesetzt“ sind. Machtmissbrauch durch die Hebammen im Kreißsaal, frustrierte Hebammen, schlechtes Arbeitsklima und Lehrerinnen für Hebammenwesen, die sich wirtschaftlichen Zwängen und hierarchischen Strukturen beugen müssen, sind ebenso ein Thema wie eine mangelhafte und nicht auf den Beruf der Hebamme hin orientierte praktische Ausbildung.

⁴ Auf der Website findet sich noch der alte Name des Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH)

Die Klagen der Schülerinnen über die Missstände in der Hebammenausbildung sind erschreckend. Eine gesicherte wissenschaftliche Arbeit über die tatsächliche Belastung von Hebammenschülerinnen wurde in Deutschland bisher nicht durchgeführt.

Bisher wurden die nationalen Verbände beschrieben, die sich berufspolitisch für das Hebammenwesen in Deutschland engagieren. Der DHV ist auch Mitglied im *International Confederation of Midwives* (ICM), der als internationaler Dachverband angesehen werden kann und im Folgenden vorgestellt wird.

2.4.4 International Confederation of Midwives (ICM)

Der *International Confederation of Midwives* (ICM) gilt als Dachverband für derzeit 85 Hebammenverbände aus 75 Ländern und ist in vier geographische Regionen eingeteilt: Afrika, Nord-, Mittel- und Südamerika, Europa, asiatisch-pazifische Region. Jeder Hebammenverband hat zwei stimmberechtigte Mitglieder im ICM. Das Ziel des ICM ist die Stärkung und Unterstützung der Hebammenarbeit. Alle drei Jahre erfolgt eine Council-Sitzung bei der über die zukünftige Verbandspolitik diskutiert, Beschlüsse gefasst, Arbeitsaufträge verteilt, das Budget festgelegt und der Vorstand neu gewählt wird. Als einzige Hebammenvereinigung unterhält der ICM offizielle Kontakte zu den Vereinten Nationen (UNO) und arbeitet mit der Weltgesundheitsbehörde (World Health Organisation (WHO)) zusammen. Ein gemeinsames Projekt ist das Safe Motherhood Initiative (SMI) zur Senkung der weltweiten mütterlichen Mortalitätsrate (vgl. Mändle 2000; Wolber 2006).

Neben den Hebammenverbänden engagiert sich in Deutschland auch die *Arbeitsgemeinschaft der Medizinalberufe in der Therapie und Geburtshilfe* (AGMTG) für die Anhebung der grundständigen Ausbildung auf Fachhochschulniveau, die im nachfolgend skizziert wird.

2.5 Arbeitsgemeinschaft der Medizinalberufe i. d. Therapie und Geburtshilfe (AGMTG)

Die *Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe* (AGMTG) ist ein Zusammenschluss von sechs Berufsverbänden der Fachrichtungen Ergotherapie, Hebammenwesen, Logopädie, Orthoptik und Physiotherapie. Die jeweils amtierende Beirätin für Bildung des DHV ist vertreten in der AGMTG, die sich für die Qualifizierung und Anhebung der grundständigen

Ausbildung auf Fachhochschulniveau einsetzt (vgl. AGMTG 2003, 2004; Wolber 2006).

Eine neue Perspektive und Qualität für das deutsche Hebammenwesen wird in Zukunft durch die *Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft* (DGHWi) erwartet, die im Jahre 2008 gegründet wurde und die mit dem nächsten Kapitel vorgestellt wird.

2.6 Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)

Die *Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft* (DGHWi) wurde im Jahre 2008 gegründet und entstand aus einer gemeinschaftlich getragenen Initiative einer Arbeitsgemeinschaft, die ab 2006 aktiv wurde. Zu dieser Initiative gehörten Universitäts- und Fachhochschulangehörige, der *Deutsche Hebammenverband e. V.* (DHV), der *Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V.* (BfHD), das *Netzwerk der Geburtshäuser- Verein zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Deutschland e. V.* und die *Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V.* (QUAG).

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft erachteten einen offenen Dialog – auch mit ihren Kritikern – als wichtig. In Kassel wurde 2007 bei einer Veranstaltung deshalb auch Expertisen eingeholt, die die Ziele, Inhalte und Satzungsfragen ergänzten.

Die DGHWi fördert als unabhängige wissenschaftliche Fachgesellschaft hebammenwissenschaftliche Forschung, Lehre und Praxis. Ein weiteres Anliegen ist die Kommunikation mit Gesellschaft und Politik, deren Ergebnisse der DGHWi als Orientierung dienen sollen (vgl. DGHWi 2010a, 2010b). Welche gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen zurzeit vorherrschen, und für diese Arbeit relevant sind, wird im nächsten Kapitel erläutert.

2.7 Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

2.7.1 Landesebene

Die Berufsordnung (HebBO) wird auf Länderebene entwickelt und verabschiedet unter Grundlage des Hebammengesetzes (HebG) von 1985, der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) von 1981 und der EU-Richtlinien. Die inhaltlichen Aspekte, die in der Berufsordnung geregelt sind,

werden durch die nachfolgende Skizzierung der Hessischen Berufsordnung erläutert. Neben der Aufgabenbeschreibung der Hebamme, Schweigepflicht, Dokumentationspflicht, Beschreibung von besonderen Pflichten (z. B. eine ausreichende Haftpflichtversicherung abzuschließen), Fortbildungspflicht, Abgrenzung zu ärztlichen Tätigkeiten und Aufsicht der Berufspflicht der Hebammen durch das Gesundheitsamt, wird auch die Verwendung von Arzneimitteln geregelt.

2.7.2 Bundesebene

Im Hebammengesetz (HebG) vom 04.06.1985 sind die Zugangsvoraussetzungen zur Hebammenausbildung, Ausbildungsziel und rechtlicher Rahmen der Ausbildung, Schutz der Berufsbezeichnung und die Vorschriften über die Erteilung der Berufserlaubnis festgelegt. Von großer Bedeutung für die Arbeit der Hebammen in Deutschland ist die hier verankerte Bestimmung in §4, dass die Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs der Hebamme vorbehaltene Tätigkeiten sind. Hebammen und Ärztinnen/Ärzte begegnen sich bei normalen Geburten gemäß den gesetzlichen Vorgaben gleichberechtigt, das heißt sie sind einander nicht unter- bzw. übergeordnet. Bei Komplikationen besteht, seitens der Hebamme, die Hinzuziehungspflicht eines Arztes/Ärztin, deren Weisungen sie dann unterworfen ist. Die ärztliche Hinzuziehung entbindet die Hebamme aber nicht von ihrer Verantwortung. Für Fehlentscheidungen des Arztes kann die Hebamme ebenfalls zur Rechenschaft gezogen werden (vgl. Horschitz & Kurtenbach 2003).

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (HebAPrV) vom 16.03.1987 sind im Wesentlichen die Ausbildungsinhalte sowie Ablauf und Voraussetzungen der Prüfungen festgeschrieben. Dies ist eine Rechtsverordnung des *Bundesministeriums für Gesundheit* (BMG) gemeinsam erarbeitet mit dem *Bundesministerium für Bildung und Forschung* (BMBF) nach Beratung mit Berufsvertreterinnen und anderen Fachleuten und mit Zustimmung des Bundesrates, deren Formulierung im Hebammengesetz §10 vorgesehen ist. Zurzeit arbeitet der pädagogische Fachbeirat des DHV an der Veränderung der HebAPrV, die den aktuellen Erfordernissen der Hebammentätigkeiten sowie einer reformierten Ausbildung angepasst werden soll.⁵

⁵ [http://www.hebammenverband.de/index.php?id=859&no_cache=1&sword_list\[\]=HebAPrV](http://www.hebammenverband.de/index.php?id=859&no_cache=1&sword_list[]=HebAPrV), Stand: 03.09.2010, 17.30 Uhr

Mit dem Gesetzentwurf des Bundesrates zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (vgl. Deutscher Bundestag 2008) wird ein seit Jahren in der Fachwelt diskutierter erster Schritt zur Anhebung der grundständigen Hebammenausbildung auf den tertiären Bildungslevel realisiert. Durch die Erprobung der Modellstudiengänge und der wissenschaftlichen Begleitung können die Notwendigkeit der Akademisierung durch das veränderte Anforderungsprofil an den Hebammenberuf begründet werden. Nicht zuletzt erfolgt eine Angleichung an den europäischen Bildungs-, Arbeits- und Dienstleistungsmarkt, das im folgenden Kapitel eingehend erläutert wird (vgl. Deutscher Bundestag 2008; DHV 2009).

Neben den gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen auf Landes- und Bundesebene in Deutschland, tragen die Entscheidungen und Richtlinien der Europäischen Union entscheidend zum Reformprozess der Hebammenausbildung bei, wie im Folgenden erläutert wird.

2.7.3 Bologna-Prozess

Im Mai 1998 unterschrieben die vier größten Mitgliedstaaten der Europäischen Union (Deutschland, Frankreich, Großbritannien und Italien) im Rahmen der 800-Jahr-Feier der Pariser Universität Sorbonne die „Sorbonne-Erklärung“. Dieses Dokument ist eine „Gemeinsame Erklärung zur Harmonisierung der Architektur der europäischen Hochschulbildung.“ Im Anschluss daran folgten alle zwei Jahre regelmäßige Fachkonferenzen. Eine Umsetzungsfrist bis zum Jahr 2010 wurde festgelegt, um das Projekt zu beschleunigen. Von den Bildungsministern aus 29 europäischen Nationen wurde die Einführung eines konsekutiven, zweistufigen Abschlusssystems (Bachelor und Master) beschlossen und Mechanismen zur nachhaltigen Qualitätssicherung festgelegt. Ziele des Bologna-Prozess sind die Förderung:

- der Mobilität durch die Schaffung eines europäischen Hochschulraums,
- der internationalen Wettbewerbsfähigkeit des europäischen Hochschulsystems und
- der Beschäftigungsfähigkeit der europäischen Bürger (vgl. Eckhardt 2005).

2.7.4 EU-Richtlinien

Mit den Richtlinien der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (80/154/EWG und 80/155/EWG) von 1980 ist die gegenseitige Anerkennung der Diplome,

Prüfungszeugnisse und sonstigen Nachweise sowie die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeiten für Hebammen geregelt. Artikel 4 der Richtlinie 80/155/EGW lautet: *„Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, daß Hebammen im Sinne dieser Richtlinie mindestens befugt sind, die folgenden Tätigkeiten und Aufgaben in eigener Verantwortung durchzuführen:*

1. *Angemessene Aufklärung und Beratung in Fragen der Familienplanung;*
2. *Feststellung der Schwangerschaft und Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung des Verlaufs einer normalen Schwangerschaft notwendigen Untersuchung;*
3. *Verschreibung der Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft notwendig sind, oder Aufklärung über diese Untersuchungen;*
4. *Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Niederkunft einschließlich Beratung in Fragen der Hygiene und Ernährung;*
5. *Betreuung der Gebärenden während der Geburt und Überwachung des Fötus in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel;*
6. *Durchführung von Normalgeburten bei Kopflage einschließlich – sofern erforderlich – des Scheidendammschnitts sowie im Dringlichkeitsfall von Steißgeburten;*
7. *Erkennen der Anzeichen von Anomalien bei der Mutter oder beim Kind, die das Eingreifen eines Arztes erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen: Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei Abwesenheit des Arztes, insbesondere manuelle Ablösung der Plazenta, woran sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt;*
8. *Untersuchung und Pflege des Neugeborenen; Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in Notfällen und, wenn erforderlich, Durchführung der sofortigen Wiederbelebung des Neugeborenen;*
9. *Pflege der Wöchnerin, Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Niederkunft und Erteilung zweckdienlicher Ratschläge für die bestmögliche Pflege des Neugeborenen;*
10. *Durchführung der vom Arzt verordneten Behandlung;*
11. *Abfassen der erforderlichen schriftlichen Berichte.“*

Das deutsche Hebammengesetz entspricht der Vorgabe der Europäischen Union nach Zoege (2004) nur knapp, weil das HebG in erster Linie ein Berufszulassungsgesetz ist. Die EU-Richtlinien dienen dem Ziel der besseren Anerkennung und Ausbildung und gelten als Maßstab für die Hebammenausbildung innerhalb der Europäischen Union (vgl. BDH 2004b). Eine allmähliche Annäherung

der bundesdeutschen Hebammenausbildung an die EU-Ausbildungsrichtlinie 80/155/EWG wurde durch die Veränderungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung im Jahre 1981, 1983, 1987 und 1993 in Gang gesetzt, was beispielsweise zu einer Anhebung der zu betreuten Fälle geführt hat, die eine Hebamenschülerin während der Ausbildung betreut haben muss (vgl. Zoege 2004). Ein weiterer Meilenstein für die Verbesserung und Gleichstellung der Hebammenausbildung in der Europäischen Region ereignete sich im Juni 2000; achtundvierzig Gesundheitsminister und deren Vertreter unterzeichneten die *Erklärung von München*. Diese Absichtserklärung, zu deren Umsetzung sich die Unterzeichner verpflichtet haben, beinhaltet u. a. den Zugang zu einer akademischen Pflege- und Hebammenausbildung zu verbessern. (vgl. Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa 2001).

Mit der EU-Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005, wird die Mobilität der reglementierten Berufe auf dem europäischen Arbeitsmarkt durch die Mindestanforderungen an die Ausbildung geregelt. Artikel 41 dieser Richtlinie besagt, dass die Hochschulreife als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zur Hebamme festgelegt wird. Im deutschen Hebammengesetz ist der mittlere Bildungsabschluss als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung beschrieben. Aus diesem Grund wird von den deutschen Hebammen, nach Abschluss der Ausbildung, der Nachweis über eine zweijährige Berufserfahrung gefordert, um im europäischen Ausland arbeiten zu können.

Die vorgestellten gesetzlichen Grundlagen beschreiben die wichtigsten Regelungen für den Hebammenberuf und -ausbildung. Bedingt durch die EU-Richtlinien und der *Erklärung von München* gibt es bereits einige Hochschulen in Deutschland, die eine akademische Ausbildung speziell für Hebammen anbieten, zusätzlich zur Hebammenausbildung. Mit dem folgenden Kapitel wird zunächst die grundständige Hebammenausbildung dargestellt.

2.8 Ausbildung

2.8.1 Wissenswertes zum besseren Verständnis

In Anlehnung an Zoege (2004) verwende ich in dieser Arbeit für alle Gesundheitsberufe den Terminus *Gesundheitsfachberufe*. Die, in der *Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe*

(AGMTG) zusammengeschlossenen Berufe⁶, die gemeinsam mehr als 150.000 Berufsangehörige vertreten, wählten bei ihrer Gründung den Begriff *Medizinalfachberufe*. Ich habe mich – für diese Arbeit – gegen diesen Begriff entschieden, weil *Medizin* einen Zusammenhang mit *Krankheit* suggeriert. Das Ausbildungsziel und das Berufsverständnis von Hebammen zielt auf die Unterstützung und Betreuung von physiologischen Vorgängen ab, weshalb der Oberbegriff *Gesundheitsfachberufe* in dem *Gesundheit* enthalten ist für mehrere Berufsgruppen, die die Hebamme mit einschließt, passender erscheint.

Betrachtet man die Gesundheitsfachberufe nach den gesetzlichen Grundlagen, so lassen sich nach Zoege (2004) drei Gruppen unterscheiden:

- Berufe, deren Zulassung und Ausbildung in Berufsgesetzen bundeseinheitlich geregelt ist (z. B. Hebammen, Krankenpflegeberufe, Physiotherapeuten und Assistenzberufe);
- Berufe, die uneinheitlich nach verschiedenen Länderregelungen ausgebildet werden (z. B. Fußpflegerin, Dorfhelferin und Heilerziehungspflegerin);
- Berufe, die im dualen System auf der *Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG)* ausgebildet werden (z. B. Zahn- und Arzthelferinnen).

Gemeinsam haben die Berufsgruppen, dass sie überwiegend von Frauen ausgeführt werden. Von den Gesundheitsfachberufen unterliegen nur die Helferinnen-Berufe dem BBiG. Alle Vorteile, die das Duale System mit sich bringt, fallen bei der Ausbildung der anderen Gesundheitsfachberufe weg. Hierzu zählen beispielsweise Lehrerinnen mit Hochschulstudium und Fachpraxis-Lehrerinnen für den praktischen Unterricht. Die Ausbildung im Dualen System schreibt eine zwölfjährige allgemeine Schulpflicht vor, die Auszubildenden können auf ihren ersten Schulabschluss aufbauen und z. B. das Abitur nachholen. Die Aussetzung der Schulpflicht bedeutet für alle anderen Gesundheitsfachberufe, die nicht dem BBiG unterliegen, eine erhebliche Benachteiligung im Bildungssystem, weil im Rahmen der Berufsausbildung keine weiteren Schulabschlüsse erworben werden können (vgl. Zoege 2000; Sayn-Wittgenstein 2007).

Im Folgenden werden die strukturellen Rahmenbedingungen für die Hebammenausbildung in Deutschland vorgestellt.

⁶ Physio- und ErgotherapeutInnen, LogpädInnen, OrthopistInnen und Hebammen

2.8.2 Strukturelle Rahmenbedingungen

Nach dem Hebammengesetz (HebG) § 6 Abs. 1 ist zunächst die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung. Welche Schulbildung nötig ist, besagt § 7; demnach ist der Realschulabschluss oder eine andere gleichwertige abgeschlossene zehnjährige Schulausbildung Voraussetzung für den Zugang zu einer Hebammenausbildung. Als Zugangsvoraussetzung wird auch der Hauptschluss oder eine gleichwertige Schulbildung in Kombination mit einer mindestens zweijährigen Pflegevorschule oder eine Krankenpflegeausbildung anerkannt.

Das Ausbildungsziel zur Hebamme ist im Hebammengesetz (HebG) § 5 definiert:

„Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufes frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen (Ausbildungsziel).“

Ausbildungsort für Hebammen ist eine Hebammenschule, deren Träger eine Klinik ist. In Deutschland gibt es, nach dem Verzeichnis der Hebammenschulen⁷ insgesamt 58 staatlich anerkannte Hebammenschulen. Die Anzahl der Ausbildungsplätze variiert zwischen 12 und 95 pro Schule. Für das Erreichen der Ausbildungsziele erhalten die Schülerinnen 1600 Stunden theoretischen/praktischen Unterricht und 3000 Stunden praktische Ausbildung. Nur für Bayern und Sachsen liegen rechtsverbindliche Lehrpläne vor, die gemeinsam von Hebammenschulen und dem zuständigen Kultusministerium erarbeitet wurden. Die praktische Ausbildung erfolgt zum Großteil in der Klinik des Trägers mit dem die Schülerinnen einen Ausbildungsvertrag abschließen. Die Schülerinnen werden – nach unterschiedlichen Stellenschlüsseln – anteilig auf den Stellenplan des Krankenhauses angerechnet (vgl. Zoege 2002, 2004; Sayn-Wittgenstein 2007; BDH 2004a). Meldet sich eine Schülerin – beispielsweise an einem Wochenende – krank dann ist es üblich, dass eine andere Schülerin, die turnusmäßig ein freies Wochenende hätte, hier einspringen muss.

⁷ Stand: 20.08.2010 vom Deutschen Hebammen Verband e. V. (DHV)

In vielen Häusern werden Teile der praktischen Ausbildung ausgelagert, was beispielsweise bei zu wenigen Lehrgeburten im Lehrkrankenhaus der Fall ist. Obwohl diese Tatsache für die Schülerinnen prinzipiell gewinnbringend ist, da sie Einblick in die „Binnen-Geburtskultur“ anderer Kliniken bekommen und dies eine Horizonterweiterung bedeutet, ist dies nur in Ausnahmefällen zulässig, da die Anbindung einer Hebammenschule an ein Krankenhaus den Sinn beinhaltet, dass Theorie und Praxis in Beziehung stehen (vgl. Horschitz & Kurtenbach 2003).

Der Ausbildungsinhalt ist einseitig klinikorientiert, obwohl die Hebammenhilfe zunehmend auch im ambulanten Sektor erbracht wird (vgl. Zoege 2004:17). Die zur Routine gewordene Pränataldiagnostik und Technisierung der Geburtshilfe bewirkt eine risikoorientierte Ausbildung. Das eigentliche Ausbildungsziel; die Betreuung von Frauen mit physiologischen Verläufen, wird zu wenig berücksichtigt. (ebd. 20). Die praktische Ausbildung ist weitgehend unregelt und leidet unter den hierarchischen Strukturen im Krankenhaus, die auch ein Hinderungsgrund sind, wodurch Schülerinnen Aufgaben, die sie für ihre spätere Arbeit benötigen, nicht erlernen.

Die vorgestellten Rahmenbedingungen unterscheiden sich im Wesentlichen nicht von Schule zu Schule. Einen wesentlichen Unterschied machen aber die Menschen, die die Ausbildung der Schülerinnen mit Leben füllen und als Wissensvermittler entscheidend zur Qualität der Ausbildung von Hebammen beitragen und im Folgenden vorgestellt werden.

2.8.3 Lehrerinnen für Hebammenwesen und Praxisanleiterinnen

Die Qualifizierungsmöglichkeiten zur *Lehrerin für Hebammenwesen* (LfH) erfolgt entweder durch eine Weiterbildung berufsbegleitend an Instituten über eine Zeitdauer zwischen ein bis drei Jahren, ein Fachhochschulstudium (Diplompflegepädagogik) oder durch einen Uni-Studiengang (Lehramt mit beruflicher Fachrichtung, Diplompflegepädagogik oder Diplommedizinpädagogik – 1. Staatsexamen des Lehramtes). (vgl. Ensel 2003).

Für die LfH gibt es keine gesetzliche Vorschrift bezüglich einer akademischen Ausbildung. Auch die Bezeichnung *Lehrerin für Hebammenwesen* ist gesetzlich nicht geschützt, sondern wurde vom DHV eingeführt mit dem Zweck der Aufwertung für die damit verbundene ein- bis zweijährige Weiterbildung und um der Forderung einer regulären Lehrerinnenausbildung Nachdruck zu verleihen. In den

Stellenausschreibungen wird häufig ein Studium gewünscht, was eventuell der Professionalisierungsdebatte und der damit verbundenen Akademisierung des Hebammenberufs geschuldet ist. Bereits heute verfügt ca. die Hälfte aller LfH über ein Hochschulstudium. Neue pädagogische Konzepte werden somit in die Hebammenschulen transportiert. Es darf aber angezweifelt werden, ob diese eine nachhaltige Veränderung bewirken, weil die strukturellen Rahmenbedingungen ansonsten unverändert sind. Die dringend notwendige Anpassung der Hebammenausbildung, die evidenzbasierte Erkenntnisse und Forschung benötigt, um dem veränderten Anspruch an eine zeitgemäße Betreuung gerecht zu werden, ist derzeit nur vereinzelt zu beobachten. Ein Großteil der theoretischen Unterrichtsstunden wird von ÄrztInnen und nebenamtlichen Dozenten erbracht, die keinen Nachweis bezüglich einer pädagogischen Fähigkeit erbringen müssen (vgl. Zoege 2004; Sayn-Wittgenstein 2007; BDH, 2004b).

Für praktische Ausbildung der Hebammenschülerinnen gibt es kein Curriculum, lediglich Bayern gibt in seinen theoretischen Lehrplänen allgemeine Empfehlungen (für die Praxis), die aber nur grundlegende Voraussetzungen für eine gute Lernsituation in der Praxis beschreiben. Zoege (2004) hat eine Erhebung in 46 Ausbildungskreißsälen durchgeführt und u. a. ermittelt, dass in allen Kreißsälen die Schülerinnen von den dort arbeitenden Hebammen angeleitet werden und einzelne Kreißsaalhebammen über eine Zusatzqualifikation zur Mentorin oder Praxisanleiterin verfügten. Zoege (1998) fand in ihrer Studie, dass in 5 Schulen die LfH keine praktische Anleitung im Kreißsaal leisteten, 8 Schulen gaben 1-2 Tage, 17 Schulen 3-8 Tage, 5 Schulen 9-14 Tage und 9 Schulen 15 und mehr Tage pro Monat an. Der erhebliche Mangel an Praxisanleiterinnen trägt dazu bei, dass den Schülerinnen Aufgaben, die sie für ihre spätere Tätigkeit benötigen, nicht erlernen (vgl. Zoege 2004).

Eine mögliche Maßnahme eine nachhaltige Verbesserung und Veränderung in der Hebammenausbildung und für den Hebammenberuf zu erreichen, die in Fachkreisen diskutiert wird, ist die Akademisierung des Hebammenberufs, die im nächsten Kapitel beschrieben wird.

2.9 Akademisierung und aktuelle Herausforderungen der Gesundheitsversorgung

Die Ausbildung und Arbeit der Hebamme war und ist juristisch, politisch und medizinisch mit der Entwicklung des Arztberufes verknüpft (vgl. Hilpert 2000; Loytved 2002, 2003; Seidel 1998). Durch die aktuellen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung und dem zunehmenden Ärztemangel, insbesondere in ländlichen Gebieten, wird die zentrale Position der ÄrztInnen in der Krankenversorgung in Frage gestellt. Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden empfiehlt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2007) daher eine Neuorientierung der ärztlichen Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe.

Ausgebildet werden Hebammen an Hebammenschulen, die an Kliniken angeschlossen sind und deren Versorgungsleistungen beeinflusst werden durch eine Reihe von Anforderungen wie beispielsweise die Ökonomisierung der Versorgungsstrukturen, Risikomanagement, Spezialisierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Um diesen Veränderungen in den Versorgungsstrukturen gerecht zu werden, bedarf es einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, die voraussetzt, dass alle Akteure im Gesundheitswesen Verantwortung übernehmen und miteinander kooperieren. Der Bedarf einer Neustrukturierung der Zusammenarbeit, die die Qualität der Versorgung erhöhen soll, wird konstatiert. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2007) empfiehlt deshalb u. a.:

- die Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe,
- die Übertragung von Tätigkeiten, die das Versorgungssystem bisher unzureichend abdeckt, auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, z. B. im Bereich der Prävention,
- eine größere Handlungsautonomie der nicht-ärztlichen Berufe, z. B. die Verordnung von Pflegebedarfsartikel durch die Pflege,
- eine Poolkompetenz für Tätigkeiten, die von mehreren Berufsgruppen ausgeführt werden können und
- die Profilierung der Ausbildung aller Gesundheitsberufe als kommende Aufgabe der Medizinischen Fakultäten. (vgl. Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007).

Eine Anhebung der Hebammenausbildung in das tertiäre Bildungssystem wird seit Jahren von den Berufsverbänden und Berufsangehörigen gefordert. Die Liste der Fakten, die diese Forderung begründen, beginnt mit der großen Verantwortung, die die Hebamme bei den Versorgungsleistungen trägt, und der Notwendigkeit, evidence-basiert und wissenschaftlich zu arbeiten, über die festgeschriebene „vorbehaltenen Tätigkeiten“ nach HebG §4 bis hin zu der überfälligen Anpassung an die EU-Richtlinien, die das Abitur als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung vorsieht. (vgl. AGMTG 2003; Barre 2001; BDH 2004b). Die Dissertation von Pehlke-Milde (2009) hat berufliche Kompetenzanforderungen identifiziert und analysiert und ein Kompetenzprofil entwickelt. Sie schlussfolgert anhand der gewonnenen Ergebnisse, dass eine Ausbildungsreform hinsichtlich des Zugangs zur akademischen Bildung und zur Forschung wesentliche Faktoren darstellen, um die Hebammen zu befähigen, den Anforderungen einer sich wandelnden Gesellschaft gerecht zu werden.

Die Anhebung der Ausbildung der Hebammen auf den tertiären Bildungsbereich ist in vielen Ländern Europas schon seit Jahren erfolgt. In England beispielsweise forderte eine einflussreiche Frauenbewegung (National Childbirth Trust) bereits seit den 70er-Jahren von Hebammen und Ärzten eine wissenschaftlich begründete Praxis und gab somit den Impuls für die Professionalisierung des Hebammenberufs. Die Aussagen aus diesem Report haben durchaus grenzübergreifende Gültigkeit und beschreiben im Wesentlichen die zentrale Bedeutung der Kontinuität der Betreuung und konstatieren die Notwendigkeit, dass Maßnahmen in der Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe wissenschaftlich evident sein müssen. Daraufhin wurde die englische Hebammenausbildung auf Hochschulebene angehoben. Der Gesundheitsausschuss des britischen Unterhauses legte im Jahr 1992 einen Untersuchungsbericht (Winterton Report) zur Lage der Geburtshilfe in England vor (vgl. Walton & Hamilton 1995). Die Gesundheitssysteme im europäischen Raum und die damit verbundenen Begebenheiten sind nicht auf deutsche Verhältnisse übertragbar. Dennoch sind die originären Tätigkeiten des Hebammenberufs und die damit verbundene Verantwortung für die Berufsangehörigen vergleichbar (vgl. Walton & Hamilton 1995; Zoege 2004).

2.10 Zusammenfassung

Geburtshilfe⁸ ist ein Feld an dem sich exemplarisch eine veränderte Auffassung von Medizin und Änderungen im Geschlechterverhältnis ablesen lassen (vgl. Währing 2002). Die Geschichte der berufspolitischen Entwicklung des Hebammenwesens bestätigt diese Aussage (vgl. Loytved 2002). Die Gründung, Entwicklung und engagierte Arbeit der nationalen und internationalen Berufsverbände leisten einen bedeutenden Beitrag zur berufspolitischen Entwicklung des Hebammenwesens. Mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) ist nicht nur ein bedeutender Schritt für die Etablierung der Hebammenforschung in Deutschland vollzogen worden, sondern auch ein emanzipatorischer Schritt weg von der medizinischen/ärztlichen Geburtshilfe.

Die Tatsache, dass die nicht-akademischen Gesundheitsfachberufe nicht unter das Berufsbildungsgesetz fallen und somit auch nicht dem öffentlich-rechtlichen Schulberufssystem unterstehen, führt diese in eine Bildungssackgasse, weil die Berufsgesetze über die Ausbildung hinaus keine weiterführenden rechtlichen Regelungen durch Bildungsgesetze vorsieht. Die Hebammenausbildung stellt einen Sonderweg beruflicher Bildung dar. (vgl. Zoege 2002, 2004; Pehlke-Milde 2009). Für die theoretische Ausbildung der Hebamme gibt es keinen allgemeinverbindlichen Lehrplan und der Unterricht liegt nicht vorrangig in den Händen der Berufsgruppe der Hebamme. Viele Unterrichtsstunden werden durch nebenamtliche DozentInnen oder ÄrztInnen abgegolten, die keine pädagogische Eignung vorweisen müssen (vgl. Zoege 2004).

Die einseitige klinikorientierte und risikoorientierte Ausbildung berücksichtigt nicht das eigentliche Ausbildungsziel; die Betreuung von Frauen mit physiologischen Verläufen (vgl. Zoege, 2004). Es erscheint deshalb auch nicht verwunderlich, dass die HGH, die Fortbildungen für Hebammen organisiert, Anfang der 90er-Jahre einen erheblichen Bedarf an Fortbildungen für originäre Hebammentätigkeiten vermerkte (ebd. 15). Der öffentliche Appell von Bohde & Borchert (2005), den damaligen Bundedelegierten des BHSR, *„Wir möchten Sie bitten: Unterrichten Sie uns im Hebammenhandwerk!“* lässt sich nur konsequent verwirklichen, wenn Hebammen

⁸ Der Begriff der Geburtshilfe wird in dieser Arbeit, in Anlehnung an das Begriffsverständnis, wie es von Sayn-Wittgenstein (2007) entwickelt wurde, in einer erweiterten Bedeutung genutzt. Dabei bezeichnet Geburtshilfe nicht nur die Unterstützungsleistungen zum Zeitpunkt der Geburt, sondern umfasst die geburtshilflichen Versorgungsleistungen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.

eine gewisse Autonomie und Kontrolle über die Ausbildung und deren Inhalte erlangen. Mit der Gesetzesinitiative zur Einführung von Modellklauseln in die Berufsgesetze u. a. für die Hebamme ist ein wichtiger Schritt erfolgt, um den veränderten Ansprüchen in der Geburtshilfe und der bedeutungsvollen und verantwortungsvollen Aufgabe der Hebamme für die Gesellschaft gerecht zu werden. (vgl. Zoege 2004: 20; DHV 2009).

3 Hintergrund und Forschungsstand

3.1 Stress, Stressor, Belastung, Fehlbelastung, Beanspruchung und Burnout

In der Arbeitspsychologie wurde das Thema „Stress in der Arbeit“ in den vergangenen Jahrzehnten intensiv bearbeitet, dennoch gibt es in der Psychologie keine einheitliche Definition der Begriffe *Stress*, *Stressor*, *Belastung* und *Beanspruchung*. Von der Stressforschung werden andere Terminologien verwendet als von der Belastungs- und Beanspruchungsforschung. Cannon (1914 in: Greif 1991) hat den Begriff „Stress“ in die psychophysiologische Fachliteratur eingeführt. Seit der Popularisierung des Begriffs durch Selye (1956 in: Schönpflug 1987) gab es unzählige Definitionsvorschläge. Vereinfacht könnte man sagen, dass der Begriff *Belastung* mit dem Begriff *Stressor* sowie der Begriff *Beanspruchung* mit dem Begriff *Stress* gleichzusetzen ist (vgl. Haberstroh 2008: 4). Richter (2000) verwendet die Begriffe *Stress* und *Stressoren* als besondere Arten der Belastung und Beanspruchung und ordnet diese dem Oberbegriff „psychische Belastungen und Beanspruchungen“ unter. In den verschiedenen Disziplinen (z. B. Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie oder Arbeitssoziologie), die sich mit der Stress-, Belastungs- und Beanspruchungsforschung beschäftigen, sind unzählige Konzepte und Definitionen formuliert worden.

Neben dem Begriff *Stress* werden, sowohl im Alltagssprachgebrauch als auch im Bereich der arbeitswissenschaftlichen Forschung die Begriffe *Belastung* und *Beanspruchung* häufig gebraucht. Es bestehen verschiedene Belastungs- und Beanspruchungskonzepte, die den Zusammenhang zwischen Belastung und Beanspruchung aufzeigen sollen (vgl. Debitz 2005).

Frieling und Sonntag (1987) kritisieren, dass der Begriff „Belastung“ im alltagssprachlichen Gebrauch in der Regel mit negativen Assoziationen verknüpft

ist. Neben den negativen Folgen von Belastung (z. B. Ermüdung), gibt es allerdings auch positive Resultate. Eine Belastung hat eine Beanspruchung zur Folge. Diese Beanspruchung löst generell – ob positiv oder negativ – eine Reaktion aus. Damit kann die Belastung bzw. die daraus resultierende Beanspruchung als Basis für einen Lernprozess gesehen werden (vgl. Nitsch & Udris 1976:12). Der Begriff Fehlbelastung wurde von Hacker und Richter (1980) geprägt und besagt, dass eine Belastung zu einer negativen Beanspruchung führt. Beispiele für Fehlbeanspruchung werden Unterschieden zwischen kurzfristigen und mittel- bis langfristigen Reaktionen sowohl auf der physischen und psychischen Ebene als auch im individuellen und sozialen Verhalten. Zu den mittel- bis langfristigen Reaktionen zählt das Burnout (vgl. Greif 1991; Kaufmann et al. 1982).

Burnout wird von Enzmann & Schaufeli (1998: 36) wie folgt definiert:

„Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand >normaler< Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategie, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht.“

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen alle Konzepte und Definitionen der Stressforschung zu beschreiben. Deshalb wird in den folgenden Kapiteln nur auf die für diese Arbeit wichtigen Konzepte von Belastung, Beanspruchung und Stress eingegangen.

3.2 Ausgesuchte Theoriekonzepte

3.2.1 Das Belastungs- / Beanspruchungskonzept

Das Belastungs-Beanspruchungskonzept von Rohmert und Rutenfranz (1975) ist in der deutschen Arbeitspsychologie bedeutend, da ihre terminologische Abgrenzung von *Beanspruchung* und *Belastung* in die entsprechende DIN Norm EN ISO 10075-1 - Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung – eingegangen ist (DIN 2000, Nachreiner & Schultetus 2002). Es zählt zu den ältesten Modellen zur Erklärung der negativen Auswirkungen von Arbeit. Rohmert &

Rutenfranz (1975) stellen analog zu mechanistischen Modellen der Physik einen Zusammenhang her zwischen objektiv wirkende Einflussgröße im Arbeitssystem und den (Aus)Wirkungen auf den Mensch. Der Begriff *Stress* wurde in der Materialforschung geprägt und bedeutet „Druck“ oder „Gewicht“. *Stress* (oder *Load*) bezeichnet – bei einer Stab-Biegeprobe – die ausgeübte Kraft auf das Material. Die Veränderungen im Material durch diese Kraft werden als *Strain* oder Beanspruchung bezeichnet. Die Beanspruchung (*Strain*) wirkt sich bei den Stäben unterschiedlich aus, trotz der gleichen Kraftaufwendung. Für die unterschiedliche Beanspruchung ist die Materialkonstante verantwortlich. Übertragen auf den Menschen ist dies die *Organismusvariable* und entspricht den individuellen Leistungsvoraussetzungen (z. B. Fähigkeiten oder Eigenschaften) (Rutenfranz 1981:382). Da das Konzept seinen Ursprung im ingenieurwissenschaftlichen Bereich hat, stand lange Zeit die Analyse der Auswirkungen isolierter physischer Belastungen wie Lärm und Hitze im Mittelpunkt (vgl. Gerlmair 2002:101). Mit der Zunahme von geistiger Arbeit und den Arbeitsbedingungen wurde das Konzept für die sozialwissenschaftliche Forschung erweitert (Rohmert 1984).

Das Konzept schafft eine klare Abgrenzung zwischen den Begriffen *Belastung* und *Beanspruchung*, die sowohl im alltagsprachlichen Gebrauch als auch in der Forschung häufig synonym verwendet werden (vgl. Debitz 2005:18). Demnach sind *Belastungen* „objektive, von außen her auf den Menschen einwirkende Größen und Faktoren.“ *Beanspruchungen* sind „deren Auswirkungen im Menschen und auf den Menschen.“ *Belastung* wird in diesem Konzept wertneutral definiert und beschreibt die Gesamtheit aller Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken. Welche Einflüsse als beanspruchend erlebt werden, entscheidet jeder Mensch in Abhängigkeit von seinen Eigenschaften und Fähigkeiten (vgl. Ulich 2005:282ff). Das bedeutet je besser die individuellen Voraussetzungen sind, um mit Belastung umzugehen, desto niedriger fällt die Beanspruchungsreaktion aus (vgl. Haberstroh 2008: 5).

Die psychische Beanspruchung wird „als die unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ definiert (DIN EN ISO 10075-3 2000).

Eine Belastung kann eine negative aber auch eine positive Beanspruchung zur Folge haben.

Wird eine Übung mehrmals wiederholt entsteht ein Aufwärmeeffekt, der bewirkt, dass die Tätigkeit mit weniger Anstrengung als z. B. beim ersten Mal ausgeführt werden kann. Wenn dieser Zustand weder zu gering noch zu hoch ist, ist die höchste geistige und körperliche Funktionstüchtigkeit gewährleistet (vgl. Debitz 2005:19). Damit entsteht eine Beanspruchung, die der individuellen Belastbarkeit gerecht wird und es stellt sich eine gesunde Aktivierung des Organismus ein. Diese Art von Aktivierung ist der „Motor“ der menschlichen Entwicklung; hierzu zählen beispielsweise Trainings- und Lerneffekte (vgl. Joiko et al. 2008). Zu den negativen Beanspruchungen zählen Ermüdung, Monotonie, herabgesetzte Wachsamkeit und Sättigung (DIN EN ISO 10075-1 2000). Sowohl die negativen als auch positiven Beanspruchungen können bei langfristiger Auswirkung zu Beanspruchungsfolgen führen. Zu den positiven zählen z. B. Weiterentwicklung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie Wohlbefinden. Zu den negativen zählen Burnout, Fluktuation, Fehlzeiten und Frühverrentung (vgl. Haberstroh 2008: 6f).

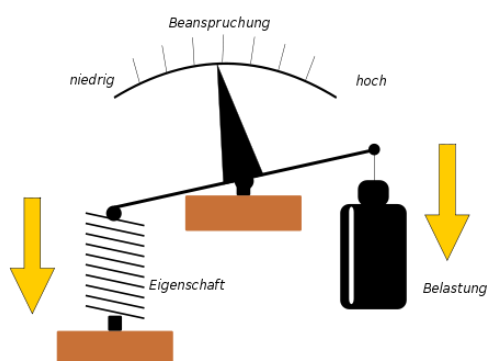


Abbildung: Belastungs-/ Beanspruchungsmodell⁹

Mit dem Belastungs-/ Beanspruchungsmodell wird die Wirkung von Belastung auf ein Objekt (Gegenstand oder Mensch) beschrieben und die daraus folgende Beanspruchung. Das nachfolgend beschriebene transaktionale Stresskonzept bezieht die individuelle Bewertung eines Menschen mit ein, um die Belastungsqualität zu bestimmen.

⁹ Quelle: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/thumb/e/e1/Belastungs-_Beanspruchungsmodell.svg/800px-Belastungs-_Beanspruchungsmodell.svg.png

3.2.2 Das transaktionale Stresskonzept

Das transaktionale Stresskonzept von Lazarus (Abb. 1) zeigt, dass ein Mensch in der Primärbewertung eine Situation als positiv, irrelevant oder gefährlich (stressend) einstuft. Wird sie als stressend eingestuft, erfolgt eine erneute Zuordnung in: Schädigung/Verlust, Bedrohung oder Herausforderung. In der anschließenden Sekundärbewertung wird überprüft, welche Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung stehen. Ist das Ergebnis negativ – Ressourcen sind nicht ausreichend vorhanden – hat diese eine stressauslösende Reaktion zur Folge. Ist die Einschätzung positiv – Ressourcen sind ausreichend vorhanden – wird eine Bewältigungsstrategie entworfen in Abhängigkeit von der Situation und den vorhandenen kognitiven Strukturen einer Person. Im Mittelpunkt des Modells stehen Wechselwirkungen zwischen der Person mit ihren verfügbaren Ressourcen. Die Bewältigungsfähigkeit (Coping) kann dann zu den Verhaltensweisen: Flucht, Verleugnung, Suche nach alternativen Auswegen etc. führen. Man unterscheidet zwischen:

- problemorientierten,
- emotionsorientierten und
- bewertungsorientierten Coping.

Im letzten Schritt erfolgt eine Neubewertung der Situation. Aufgrund der gewonnenen Erfahrung wird quasi reflektiert, ob der persönliche Zustand – vor dem Ereignis – wieder hergestellt ist. Falls nein, verändert sich die Befindlichkeit (Lazarus & Folkman 1984; Lazarus & Launier 1978, 1981).

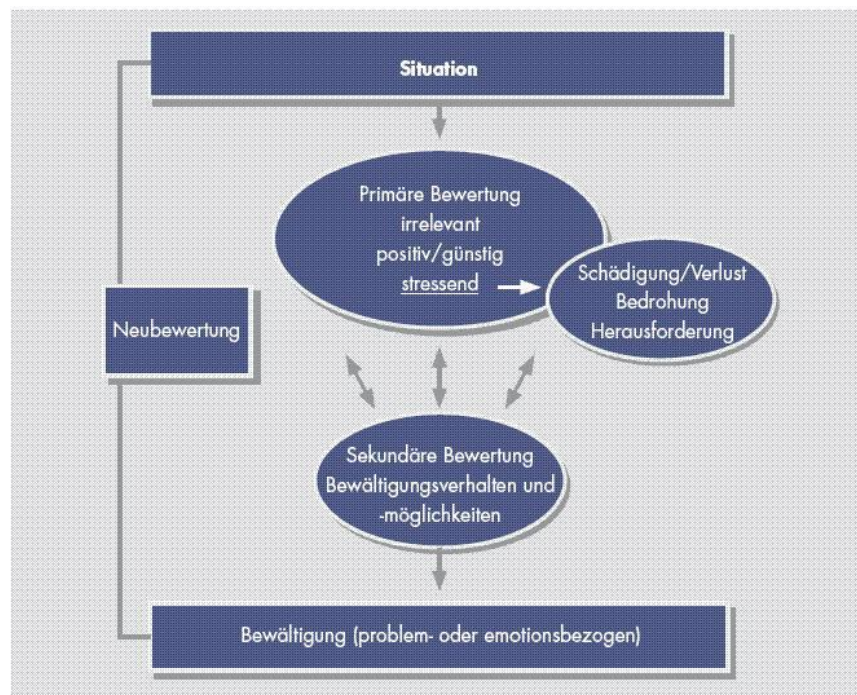


Abbildung 1: Transaktionale Stressmodell¹⁰

3.2.3 Das Arbeitspsychologische Stressmodell

Die zunehmende Bedeutung von stressbedingten Auswirkungen auf die Arbeitskraft der Arbeitnehmer hat die Selbstverwaltung der *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* (BGW) im Jahr 2002 veranlasst, einen Projektauftrag zu erteilen, der sich um ein einheitliches Konzept zur Weiterführung der BGW-Aktivitäten und der Festlegung von Fachbegriffen bemüht mit dem Ziel „...*einheitliche Begriffe und gemeinsame theoretische Bezüge für BGW-Produkte zu etablieren.*“ In Zusammenarbeit mit Frau Prof. Dr. Bamberg, Leiterin des Arbeitsbereiches Arbeits-, Betriebs- und Umweltpsychologie an der Universität Hamburg, wurde ein Stressmodell entwickelt, das sowohl Elemente aus dem Transaktionalen Stressmodell nach Lazarus (vgl. Lazarus & Launier 1981), als auch Elemente aus dem Belastungs- Beanspruchungskonzept (vgl. Rohmert & Rutenfranz 1975) aufgreift. Das Arbeitspsychologische Stressmodell kann als perspektivische Erweiterung dieser beiden Modelle verstanden werden.

Die kognitive Bewertung einer Person über den erlebten Reiz entscheidet über eine mögliche Stressauslösung (prozesshafte Person-Umwelt-Beziehung). Diese Theorie

¹⁰ Quelle: Bamberg et al. (2006): BGW-Stresskonzept

berücksichtigt also stressauslösende Bedingungen im Gegensatz zum *Transaktionalen Stresskonzept*. Aus arbeitspsychologischer Sicht sind die objektiven Stressfaktoren ebenfalls von Bedeutung (vgl. Greif 1991). Beim Belastungs- Beanspruchungskonzept kommen psychologische Prozesse der Stressregulation, komplexe Belastungskonstellationen und langfristige Belastungsfolgen zu kurz. Das Arbeitspsychologische Stressmodell verbindet wesentliche Elemente des Transaktionalen Stresskonzeptes und des Belastungs- und Beanspruchungskonzeptes und erweitert das Design um die beschriebenen Kritikpunkte.

Die zentralen Unterschiede und Gemeinsamkeiten des transaktionalen Stresskonzeptes, Belastungs- Beanspruchungskonzept mit dem arbeitspsychologischen Stressmodell:

- *„Im Unterschied zum neutralen Belastungsbegriff im Belastungs- Beanspruchungskonzept stellt das arbeitspsychologische Stresskonzept die negativen Bedingungen und Wirkungen in den Vordergrund. Die Begriffe „Belastungen“ und „Stressoren“ werden im Rahmen des arbeitspsychologischen Stresskonzeptes synonym verwendet (...).*
- *Nach dem Belastungs- und Beanspruchungskonzept folgt auf eine Belastung eine Beanspruchung. Nach dem arbeitspsychologischen Stressmodell sind Belastungen Ausgangspunkt für die Entstehung von Stress und Stressfolgen.*
- *Das arbeitspsychologische Stressmodell differenziert die Wirkung von Belastungen, indem es Bewertungs- und Bewältigungsprozesse sowie kurz- und langfristige Folgen von Belastungen einbezieht. Im Belastungs- und Beanspruchungskonzept geht es lediglich um unmittelbare Beanspruchungen.*
- *Im arbeitspsychologischen Stressmodell wird die Bedeutung von Ressourcen betont. Ressourcen sind Kompetenzen und Mittel, die den Stressprozess günstig beeinflussen.*
- *Aus dem Belastungs- und Beanspruchungskonzept können vor allem Maßnahmen zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen abgeleitet werden. Aus dem arbeitspsychologischen Stresskonzept können sowohl personen- und bedingungsbezogene Maßnahmen als auch Kombinationen aus beiden abgeleitet werden.“ (Bamberg et al. 2006:16)*

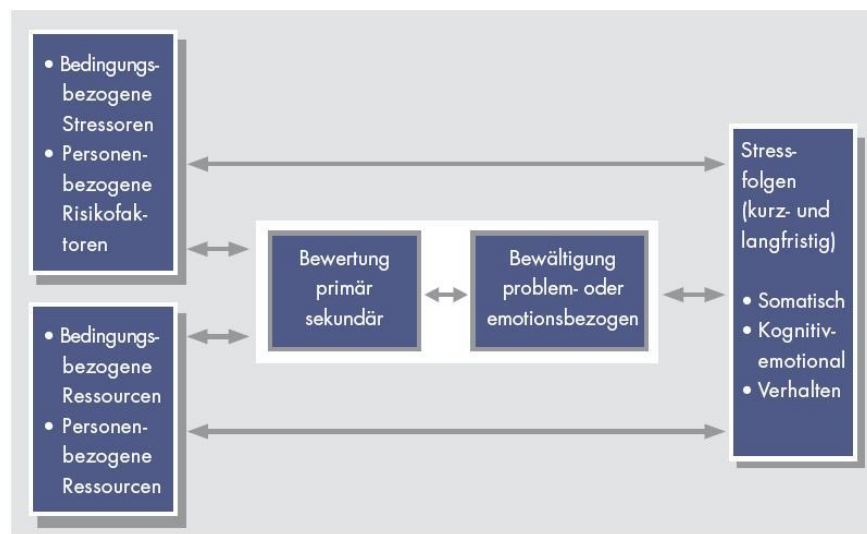


Abbildung 2: Das Arbeitspsychologische Stressmodell¹¹

Diesem Modell liegt eine negative Auslegung von Stress zugrunde. Stress wird nach Greif (1991:13) definiert als:

„(...) ein subjektiv intensiv unangenehmer Spannungszustand, der aus der Befürchtung entsteht, dass eine

- stark aversive*
- subjektiv zeitlich nahe (oder bereits eingetretene) und*
- subjektiv lang andauernde*

Situation sehr wahrscheinlich nicht vollständig kontrollierbar ist, deren Vermeidung aber subjektiv wichtig erscheint.“

Diese Definition besagt zum einen, dass Stress ein negativer Zustand ist und zum anderen verweist sie auf den transaktionalen Moment der Stressentstehung. Das Individuum bewertet also, ob eine Situation als stressend eingestuft wird. Die Erweiterung des arbeitspsychologischen Stressmodells um objektive Stressfaktoren wird durch die Berücksichtigung von Stressoren, Risikofaktoren und Ressourcen gewährleistet.

Im Folgenden werden die Elemente - und ihr wechselseitiges Zusammenspiel – des Arbeitspsychologischen Stressmodells kurz erläutert (Abb. 2):

¹¹ Quelle: Bamberg et al. (2006): BGW-Stresskonzept

Das Modell besteht aus den Elementen: Stressoren, Risikofaktoren, Ressourcen, Bewertungs- und Bewältigungsprozessen und den Stressfolgen. Alle Elemente und Prozesse bedingen eine Folge- und Rückwirkung. Die personenbezogenen Risikofaktoren umfassen individuelle Kompetenzen und Merkmale. Unter den bedingungsbezogenen Risikofaktoren sind alle Umweltfaktoren zusammengefasst, die sich auf die Arbeitsbedingungen auswirken können (Aufgabe, Situation oder Organisation). Bedingungsbezogene Ressourcen werden durch die Arbeitsaufgabe und der Organisation bestimmt. Hierzu zählen Kontrolle, Handlungsspielraum, Autonomie und soziale Unterstützung. Die personenbezogenen Ressourcen beschreiben die individuellen Fähigkeiten und Mittel einer Person.

In diesem Stressmodell sind die

- bedingungsbezogenen Stressoren (z. B. Zeitdruck) und
- die personenbezogenen Risikofaktoren (z. B. Krankheit) neben
- den bedingungsbezogenen Ressourcen (z. B. Unterstützung) und
- personenbezogenen Ressourcen (z. B. starker SOC)

Ausgangspunkt für den Folge- und Rückwirkungsprozess. Für das Stresserleben kommt den Ressourcen eine besondere Rolle zu, da sie unmittelbar auf den Bewertungs- und Bewältigungsprozess wirken. Die Stärkung der Ressourcen wirkt als präventive Maßnahme gegen arbeitsbedingten Stress. Der Bewertungsprozess teilt sich in den primären und sekundären Bewertungsprozess. Der primäre Bewertungsprozess bewertet ein Ereignis danach, ob es als irrelevant, positiv oder stressend eingestuft wird. Wird die Situation als stressend bewertet, kann dies einen Verlust, eine Schädigung, eine Bedrohung oder eine Herausforderung bedeuten. Im sekundären Bewertungsprozess ist die Einschätzung von den vorhandenen Ressourcen abhängig. In der Folge ist auch der Bewältigungsprozess von den Ressourcen und der getroffenen Einschätzung abhängig. Hierbei ist ein problem- oder emotionsbezogenes Bewältigungsverhalten denkbar. Dies soll an dem Beispiel „Zeitdruck bei der Arbeit“ erläutert werden. Ein problembezogenes Bewältigungsverhalten hätte zur Folge, dass man versucht den Zeitdruck zu vermindern durch Aufgabenumverteilung. Bei einem emotionsbezogenen Bewältigungsverhalten versucht man den Zeitdruck durch emotionale Entspannungsstrategien oder Ignoranz entgegenzuwirken. Die Stressfolgen wirken sich kurz- oder langfristig aus. Sie können sich auf der körperlichen, psychischen und Verhaltensebene bemerkbar machen (vgl. Bamberg 2006).

3.2.4 Das Konzept der Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese wurde von dem israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt. Seine Sichtweise auf Stress, Krankheit und Gesundheit kann als Paradigmenwechsel bezeichnet werden. Das bekannte medizinische „Risikofaktorenmodell“ fragt: „Was macht Menschen krank?“ oder „Was verursacht Stress?“ während die salutogenetische Betrachtung den Fokus auf die Ressourcen und stellt die Frage „Was erhält Menschen gesund?“ beziehungsweise „Warum bleiben Menschen trotz vieler potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund?“. Zentrale Elemente des Modells sind das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, die generalisierten Widerstandsfaktoren und das Kohärenzgefühl (vgl. Antonovsky 1997).

Antonovsky setzt voraus, dass ein Ungleichgewichtszustand für den Menschen als Normalzustand angesehen werden kann. Sein Konzept steht dem Transaktionskonzept von Lazarus nahe. Wurden bisher Krankheit und Gesundheit als einander ausschließend verstanden, siedelt Antonovsky diese Begriffe auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum an. Das bedeutet, dass jeder Mensch seinen Befindlichkeitszustand zwischen den Polen <Gesundheit/körperliches Wohlbefinden> und <Krankheit/körperliches Missempfinden> beschreiben kann. Dem Menschen werden daher ständig Reaktionen abverlangt um ein optimales dynamisches Gleichgewicht zu erzielen und zu erhalten. Ob sich ein Mensch auf dem Kontinuum näher der „Gesundheit“ oder „Krankheit“ befindet hängt von der Vermittlung zwischen Anforderungen (Belastungen, Stressoren), Ressourcen und Verhaltensmustern in der konkreten Situation ab und wird beeinflusst von den generalisierten Widerstandsfaktoren, Stressoren, dem Kohärenzsinn und Lebensstil. Zu den generalisierten Widerstandsfaktoren gehören z.B. ausreichende Immunpotentiale des Körpers, Intelligenz und geistige Flexibilität, materielle Ressourcen, soziale Unterstützung und die Sinnerkennung des eigenen Handelns. Das Kohärenzgefühl beschreibt eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt

- dass die Stimuli erklärbar sind,
- Ressourcen zur Verfügung stehen, um diesen Stimuli zu begegnen und
- Sinnhaftigkeit die Anforderung durch die Stimuli als Herausforderung betrachtet wird.

Die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit sind die Komponenten, die das Kohärenzgefühl beschreiben (Antonovsky 1979, 1997).

Mehrere Projekte wurden auf der Basis der Salutogenese entwickelt, z.B. die WHO-Leitlinien zur Gesundheitsförderung „Gesunde Städte“. Dabei werden die salutogenen Faktoren wie z.B. Kompetenzen und Ressourcen der Zielgruppe gestärkt durch positive Kommunikations- und Interaktionsformen (Bengel et al. 2002:71). Die Stärkung der eigenen Potentiale wird mit *Empowerment* beschrieben. Die *Salutogenese* und *Empowerment* haben gemeinsam die Möglichkeit des Perspektivenwechsels in der Prävention, diese werden auch in der Ottawa-Charta¹² der WHO und dem Ansatz der Gesundheitsförderung reflektiert (Bengel 2002: 94).

Antonovsky entwickelt eine Skala zur Messung des Sense of Coherence (SOC), den „Orientation to Life Questionnaire“ - Fragebogen zur Lebensorientierung. Diese Bezeichnung wurde relativ schnell durch „Sense of Coherence Scale“ (SOC) abgelöst (vgl. Singer & Brähler 2007:18). Dieser Fragebogen dient der Erfassung des individuellen Kohärenzgefühls. Antonovsky betonte aber, dass die zusätzliche Verwendung von Erhebungsverfahren, wie beispielsweise strukturierte Interviews, denkbar und wünschenswert seien. (Antonovsky 1997:71). Der SOC-Fragebogen wurde für diese Studie verwendet und wird daher in Kapitel 5.3.4 eingehender erläutert.

3.2.5 Begriffsgrundlage für diese Arbeit

Die Entstehung und Bewältigung von Stress wird durch eine Vielzahl von Konzepten und Begriffe in der Arbeitswissenschaft beschrieben. Wegen der uneinheitlichen und oft widersprüchlichen Definition der Begriffe in der Stressforschung werden die wichtigsten Begriffe und Definitionen die in dieser Arbeit verwendet, werden erläutert:

- Stressor und Belastung ist eine negative Bedingung und Wirkung.
- Stressor und Belastung wird synonym verwendet.
- Beanspruchung wird neutral verwendet.
- Negative Beanspruchung oder Fehlbeanspruchung ist eine Folge von Überbelastung und wird synonym verwendet.

¹² Die Ottawa-Charta war die erste 1. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung und fand im November 1986 statt. An der Konferenz nahmen 200 Teilnehmer aus 35 Ländern teil. In einem Aktionsprogramm wurden alle Ziele der Gesundheitsförderung bis zum Jahr 2000 zusammengefasst. (vgl. BZgA, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung 2000:45).

- Ressourcen sind Kompetenzen und Mittel, die den Stressprozess günstig beeinflussen und somit helfen, negative Beanspruchung/Fehlbeanspruchung zu vermeiden. Hierzu zählen alle personellen Ressourcen wie beispielsweise Intelligenz, Gesundheit und ein starker SOC. Externe Ressourcen sind beispielsweise soziale Unterstützung, finanzielle Mittel und Arbeitsplatzsicherheit.
- Burnout: Hier liegt die Definition von Schaufeli & Enzmann (1998:36) zugrunde, wie in Kapitel 3.1 beschrieben.

Wie im Belastungs- und Beanspruchungsmodell wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass einer Belastung eine Beanspruchung folgt. Die Beanspruchung kann positiver oder negativer Natur sein, in Abhängigkeit von den vorhandenen Ressourcen, die einer Person zur Verfügung stehen. Eine negative Beanspruchung oder Fehlbeanspruchung resultiert daher aus der Überbelastung mangels der entsprechenden Ressourcen. Daraus können psychische und physische Beeinträchtigungen resultieren.

3.3 Physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz

3.3.1 IGA Fakten 1 – Psychische Gesundheit im Erwerbsleben

Die *Initiative Gesundheit und Arbeit* (IGA) kooperiert mit den gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungen, um arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren vorzubeugen. Zu diesem Zweck werden unter der Reihe „IGA-Fakten“ regelmäßig Daten veröffentlicht. Zu Vorkommen und Häufigkeit einer Erkrankung werden nationale und internationale Entwicklungstendenzen und arbeitsweltbezogene Risikofaktoren dargestellt, die als wissenschaftlich gesichert gelten. Das Ziel der IGA-Fakten ist es, praxisnahe Empfehlungen für eine erfolgreiche Prävention zu beschreiben.

Im Jahr 2007 lag der Anteil von psychischen Störungen bei 9,3 % aller Arbeitsunfähigkeitstage und nimmt damit den vierten Platz der wichtigsten Krankheitsgruppen ein. Der Anteil ist gegenüber dem Vorjahr um 0,4 % gestiegen. Im Folgenden die wichtigsten Fakten hierzu im Überblick:

- An erster Stelle der psychischen Störungen, die zu Fehlzeiten führen, stehen affektive Störungen als Diagnosegruppe, gefolgt von Angststörungen.

- Nachweislich gehen viele der Beschäftigten, die an einer Depression oder Angststörung leiden, trotz Beschwerden weiter arbeiten. Eine verminderte Leistungserbringung und in der Folge Produktivitätseinbußen für das Unternehmen sind die Konsequenzen.
- Psychische Störungen sind die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen.
- Allein die direkten Krankheitskosten für psychische Störungen beliefen sich laut Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2004 bei knapp 23 Milliarden Euro.
- Psychische Störungen sind unabhängig vom Alter.
- Frauen erkranken fast doppelt so häufig an einer psychischen Störung als Männer.
- Psychische Störungen bedingen häufig neben der Hauptdiagnose eine andere psychische Störung. Nachweislich treten auch physische Beschwerden (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen oder chronische Erkrankungen) im Zusammenhang mit psychischen Störungen auf.

Die Arbeitsumgebung zählt zu den zentralen Lebensbereichen eines Menschen, dies wird schon allein durch den alltäglichen Zeitumfang, den ein Mensch mit Arbeit verbringt, deutlich. Arbeitsbedingter Stress, der sich durch Zeitdruck, geringen Handlungsspielraum oder ständiger Unterbrechung der Arbeit kennzeichnet, gilt in der wissenschaftlichen Literatur als arbeitsweltbezogener Hauptrisikofaktor für psychische Störungen. Infolge von Stress kann es zu psychischen Fehlbelastungen kommen (vgl. Sockoll 2008). Mittels einer Online-Umfrage wurde eine Expertenbefragung durchgeführt, um deren Einschätzung bezüglich der Risikofaktoren in der Arbeitswelt zu ermitteln, die zu psychischer Fehlbelastung führen. Die Ergebnisse werden im nächsten Kapitel vorgestellt.

3.3.2 IGA Report 5 – Psychische Belastungen am Arbeitsplatz

Das Thema „Berufliche psychische Belastungen“¹³ wurde in den letzten Jahren umfangreich beforscht. Die Ergebnisse bieten aber kein eindeutiges Bild.

¹³ „Umgangssprachlich versteht man unter Belastungen etwas Negatives. Im Rahmen der Befragung wurden – in Übereinstimmung mit prEN ISO 10075, Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung – unter psychischen Belastungen alle Einflüsse, die von außen auf den Menschen

Forschungen, die sich mit der psychischen Belastung während der Ausbildung beschäftigen, sind nur marginal vertreten.

Die IGA hat ein Forschungsprojekt durchgeführt, in dem untersucht wurde, wie Arbeitsschutzexperten das Thema „Psychische Belastung“ beurteilen. Das Ergebnis wurde im IGA-Report 5 (2004) veröffentlicht. Hierzu wurde eine Online-Umfrage entwickelt an der 535 Personen teilnahmen (Sicherheitskräfte, Aufsichtspersonen, Betriebsärzte, Gesundheitsförderer sowie wissenschaftliche Experten (v. a. Psychologen))¹⁴. Die Experten haben die Fragen aus ihrer beruflichen Erfahrung heraus beantwortet (vgl. Paridon et al. 2004). Im Folgenden werden die Fragen benannt und die wesentliche Zusammenfassung der Ergebnisse angegeben, um diese im Anschluss mit den Ergebnissen von Forschungsarbeiten zum Thema „Berufliche psychische Belastungen“ zu diskutieren.

- a. *„Welche arbeitsbedingten psychischen Belastungen werden als Fehlbelastungen eingestuft, d. h. welche Belastungen können sich tatsächlich negativ auf die Sicherheit oder Gesundheit der Beschäftigten auswirken?“* (Paridon et al. 2004: 5).

Als Merkmale, die zu psychischen Fehlbelastungen führen können, werden am häufigsten „Zeitdruck“ (81,5%), „schlechtes Führungsverhalten“ (78,3%), „Arbeitsplatzunsicherheit“ (70,7%) und „fehlende bzw. gestörte soziale Beziehungen“ (65,1%) genannt (vgl. Paridon et al. 2004:14) .

- b. *„Haben arbeitsbedingte psychische Fehlbelastungen in den letzten Jahren zugenommen?“* (Paridon et al. 2004:5).

Über alle Branchen hinweg gaben 84% der Experten an, dass das Ausmaß der psychischen Fehlbelastungen, nach ihrer Einschätzung, in den letzten fünf Jahren zugenommen habe. Die derzeitigen psychischen Fehlbelastungen wurden von den

zukommen und psychisch auf ihn einwirken, verstanden. Diese Einflüsse können sich positiv oder negativ auswirken. Wirken sie sich negativ aus, spricht man von psychischen Fehlbelastungen.“ (IGA-Report, 2004, S. 4).

¹⁴ Die Experten gaben an, dass sie in den folgenden Branchen die meiste Berufserfahrung gesammelt haben: Metall, Handel und Verwaltung, Chemie, Bau, Papier und Druck, Holz, Bergbau, **Gesundheitsdienst (13%)**, Feinmechanik- und Elektrotechnik, Nahrungs- und Genussmittel, Verkehr, Gas-Fernwärme und Wasser, Textil und Leder sowie Steine und Erden.

Befragten durchschnittlich mit 43%, körperliche Fehlbelastungen mit 31% und Fehlbelastungen durch die Arbeitsumgebung mit 25% beurteilt¹⁵. Die Einschätzung des Anteils psychischer Fehlbelastungen ist im Vergleich vor 5 Jahren um 11% gestiegen (vgl. Paridon et al. 2004:7ff).

c. *„Unter welchen Bedingungen führen psychische Belastungen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen?“* (Paridon et al. 2004:5).

Den Befragten wurden 25 Belastungsarten vorgegeben, die zu psychischen Fehlbelastungen führen können. Diese lassen sich den Bereichen „Arbeitsinhalt“, „Arbeitsorganisation“, „Arbeitsumgebung“ und „soziale Beziehungen bei der Arbeit“ betriebliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen“ sowie „private Einflüsse“ zuordnen.

Aus dem Bereich „Arbeitsinhalt“ nannten 59,3% „geringen Handlungs- und Entscheidungsspielraum“, 41,9% „hohe Anforderungen an Kooperation und Kommunikation“, 34,6% „anspruchslöse Aufgaben“, 34,0% „hohe Verantwortung“, 32,7% „hohe mentale Anforderungen“ und 21,3% „hohe psychische Anforderungen“.

Aus dem Bereich „Arbeitsorganisation“ wurde mit 81,5% „Zeitdruck“, 53,6% „Bürokratie“, 32,7% „zusätzliche Belastungen“ (wie z. B. wechselnde Einsatzorte, häufige Dienstreisen, häufige Arbeitsunterbrechungen durch Störung/Behinderung, 29,7% „ungünstige Arbeitszeiten“ und 20,8% „isolierte Arbeit“ genannt.

Aus dem Bereich Arbeitsumgebung ist für 61,7% „Belastung durch die Arbeitsumgebung“ (z. B. Lärm, Klima), 47,3% „unergonomische Arbeitsplatzgestaltung“ (z. B. beengte Arbeitsräume, unergonomische Arbeitsplatzgestaltung) und 28,2% „unergonomische Arbeitsmittel“ (z. B. ungünstig gestaltete Handwerkzeuge, Maschinen oder Signale) der Grund für psychische Fehlbelastung.

Aus dem Bereich soziale Beziehungen bei der Arbeit geben 78,3% „schlechtes Führungsverhalten“ und 57,6% „Konflikte und Spannungen bei der Arbeit“ an.

Aus dem Bereich betriebliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, aus denen psychische Fehlbelastungen resultieren können, werden von den Befragten mit 70,7% „Arbeitsplatzunsicherheit“, 62,2% „schlechtes Betriebsklima“, 36,6% „fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten“ und 32,7% „veränderte

¹⁵ Die befragten Personen wurden gebeten, ihre Antworten in Prozent so anzugeben, dass sich für die möglichen Quellen insgesamt 100% ergeben.

Arbeitsbedingungen“ (z. B. neue Produkte oder Technologien). Nur 18,3% nannten „geringer beruflicher Status“ als Belastungskriterium.

Aus dem Bereich private Einflüsse nennen 65,1% „fehlende oder gestörte soziale Beziehungen“, 45,2% „finanzielle Probleme“ als Grund für psychische Fehlbelastung. Gleich häufig mit 35,3% wurden „Gesundheitliche Probleme“ und „Hausarbeit/Kindererziehung/Pflege von Angehörigen“ von den befragten Personen genannt (vgl. Paridon et al. 2004:10ff).

Die gravierendsten Probleme im Bereich arbeitsbedingter Fehlbelastung (754 Nennungen) sahen die Experten in Arbeitsbedingungen und –organisation (18,9%), Führungsstil (15,0%), kommunikativen Defiziten (15,0%) sowie beim Zeitdruck und der Arbeitsverdichtung (12,2%) (vgl. Paridon 2004:60).

d. „Welche Wünsche, Präventionsmaßnahmen betreffend, bestehen von Seiten der betrieblichen Praktiker an die Wissenschaft und an die Berufsgenossenschaft?“ (Paridon et al. 2004:5)

Insgesamt beziehen sich 357 Nennungen der Arbeitsexperten auf die Beantwortung dieser Frage, die sich prozentual wie folgt verteilen: Größeres Angebot an Fortbildungsmaßnahmen, Aufklärung und Beratung gewünscht (44,2%), Unterstützung bei der Umsetzung von präventiven Maßnahmen – z. B. Bürokratieabbau - (26,0%), mehr Kontrolle durch die Berufsgenossenschaften (7,0%), Unterstützung durch Evaluation der Wissenschaft (1,9%). Keinen Einfluss der Berufsgenossenschaften zu einem der o. g. Themen nannten ebenfalls 1,9% (vgl. Paridon et al. 2004:61f).

Im IGA-Report 1 wird darauf hingewiesen, dass sich die Einschätzung der Experten im IGA-Report 5 in weiten Teilen mit den arbeitsbedingten Risikofaktoren aus den wissenschaftlichen Studien deckt (vgl. Sockoll 2008).

Die psychische Fehlbeanspruchung der Arbeitnehmer auf dem deutschen Arbeitsmarkt hat deutlich zugenommen. Welche Belastungen auf die Hebammenschülerinnen während der Ausbildung wirken, soll das folgende Kapitel zum Forschungsstand über die Hebammenausbildung zeigen.

3.4 Forschung und Wissen zur Hebammenausbildung

Reime (2000) untersuchte die Burnout-Belastung Längsschnittstudie (Panel) bei Hebammenschülerinnen in drei Phasen. Von den 83 Schülerinnen, die an der ersten Erhebung (T1) teilnahmen, beteiligten sich nach einem Jahr (T2) noch 56 (67,5%) und nach insgesamt zwei Jahren (T3) 28 (36,1%). Bei der letzten Erhebung wurde auch eine Fremdeinschätzung der Burnout-Belastung erhoben. Die Person, die die Fremdeinschätzung durchführte wurde von der Probandin gewählt. Die Ergebnisse von der letzten Erhebung (T3) und die Ergebnisse der Fremdeinschätzung wurden von der Autorin verglichen. Welchen Belastungen die Schülerinnen ausgesetzt waren, wurde mittels eines standardisierten Fragebogens erfasst. Auf einer siebenstufigen Skala konnten die Schülerinnen eine Einschätzung zu verschiedenen Aspekten beantworten (Zum Beispiel: „Ich fühle mich verhärtet seit ich diese Ausbildung angefangen habe“). Außerdem hatten die Schülerinnen die Möglichkeit, Kommentare zum Fragebogen zu machen. Es zeigte sich, dass die subjektiven Belastungen der Hebammenschülerinnen genauso stark sind wie in einer Vergleichsgruppe von 230 Hebammen mit durchschnittlich 13,4 Jahren Berufserfahrung. Als Grund für die starke Belastung der Schülerinnen wurde die fachlich unzureichende und menschlich entwürdigende Ausbildungssituation aus den Fragebogenkommentaren, identifiziert (vgl. Reime & Tomaselli 2000).

Außerdem wurden 30 Schülerinnen gebeten jeweils die drei positivsten und negativsten Aspekte ihrer Ausbildung aufzuschreiben. Positiv wurde bei den meisten Schülerinnen die (1) „Arbeit mit den Frauen und der Familie“, (2) „die Möglichkeit, eigene Kompetenzen zu erweitern“ sowie (3) „Teamgeist unter den Schülerinnen und gemeinsame Erlebnisse“ geäußert. Bei den negativen Aspekten wurde genannt (1) „die schlechte Kommunikation zwischen Auszubildenden und Ausbildern“ (Dieser Punkt schließt organisatorische und inhaltliche Fragen sowie einen „menschenunwürdigen Umgangston“ mit ein), (2) „das Gefühl, nichts zu lernen“ und in der Praxis nicht, schlecht oder widersprüchlich angeleitet zu werden und (3) zu gleichen Anteilen: „fehlender Rückhalt der Schule bei Konflikten im Kreißaal“ und die „selbst verursachte Pathologie im Kreißaal“ (vgl. Reime & Tomaselli 2000:344). Bei der zweiten Befragung wurden die Schülerinnen gebeten einen Bogen zur Fremdeinschätzung, von einer anderen Person ihres Vertrauens (Personen im privaten Umfeld oder eine Kurskollegin), ausfüllen zu lassen (N = 27), um die Validität des Burnout-Syndroms durch Fremdeinschätzung zu prüfen. Der

Vergleich zeigt, dass die Bezugspersonen die Belastungen eher niedriger und die Freude am Beruf eher höher einschätzten als die Schülerinnen.

Zoege (1998, 2004) untersuchte mit ihrer berufssoziologischen Arbeit die Hebammenausbildung vor dem Hintergrund soziologischer Professionalisierungstheorien und erarbeitete Anforderungen an eine zukünftige Hebammenausbildung. Zu diesem Zweck wurden alle 56 Hebammenschulen schriftlich befragt und ExpertInneninterviews geführt. Ihre Arbeit zeigt strukturelle Ausbildungsmängel auf, die zum Teil durch die veränderten Ausbildungsanforderungen an den Hebammenberuf resultieren. Die veränderten Ausbildungsanforderungen werden auf die veränderten Lebensumstände von Frauen, die heute Kinder bekommen, und die Veränderungen in der Versorgungsstruktur zurückgeführt. Hinzu kommt, dass die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett dominiert wird von der am Risikokonzept orientierten ärztlichen Mutterschaftsvorsorge und Geburtsmedizin. Dies und die fortschreitende Technisierung führen bei den Frauen zu Verunsicherung. Der Wunsch von Frauen nach einer fachlich kompetenten und menschlich zugewandten Begleitung in dieser besonderen Lebensphase steht dem gegenüber. Hebammen könnten mit einer adäquaten Ausbildung diese Versorgungslücke schließen. Eine Professionalisierung des Hebammenberufs, die Merkmale, Inhalte und professionelle Tätigkeiten in den Vordergrund stellen, wie die neuen Professionstheorien beschreiben, wäre denkbar. Aufgrund der hohen Berufsanforderungen und der Veränderungen ist eine Anhebung in den tertiären Bildungsbereich gerechtfertigt, wenn die praktische Ausbildung dadurch nicht vernachlässigt wird.

Hellmers (2002) beschreibt Handlungsempfehlungen für Hebammen für die Praxisanleitung in der Hebammenausbildung. Die Autorin nutzte 14 transkribierte Interviews von Hebammenschülerinnen aus der Arbeit von Zoege (1998), um zu erfahren wie sie die Ausbildung erleben. Weiterhin ermittelte sie anhand einer Gruppenbefragung während eines Treffens des BHSR, welche Erwartungen die Frage, welche Erwartungen Hebammenschülerinnen an ihre Ausbilderinnen haben. Die daraus gewonnen Ergebnisse wurden genutzt um Handlungsempfehlungen für Hebammen zur praktischen Ausbildung von Hebammenschülerinnen zu beschreiben. Die Bedeutungsinhalte der Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die Hebammen im Kreißaal, auf die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Schülerinnen und auf die Ausgestaltung der praktischen Anleitung.

In der internationalen Literatur finden sich Studien, die sich mit verschiedenen Aspekten der Hebammenausbildung beschäftigen. Nicht alle – im Folgenden – aufgeführten Studien behandeln die Belastung bzw. Beanspruchung der Hebammenschülerinnen während der Ausbildungszeit, dennoch haben ihre Ergebnisse einen erhellenden und informativen Charakter zur Hebammenausbildung und sind daher relevant für diese Arbeit.

Bergley (1999, 2001, 2002) untersuchte in Südirland die Meinungen, Gefühle und Sichtweisen von Hebammenschülerinnen während ihrer zweijährigen Ausbildung an allen sieben Hebammenschulen (N = 125). Sowohl quantitative als auch qualitative Methoden kamen hierbei zum Einsatz. Die gefundenen Ergebnisse dieser Studie, illustrieren die Studentensicht auf deren Ausbildung. Die Schülerinnen beschreiben, dass sie wenig Unterstützung, Lehre und Anleitung während der praktischen Ausbildung erfahren haben. Auch mangelte es an Unterstützung, um die Fähigkeit von Entscheidungsfindung oder Urteilsfindung zu erlernen. Viel wurde in der Ausbildung durch „Versuch und Irrtum“ gelernt. Die dreizehn Wochen für die theoretische Ausbildung waren zu kurz und viele Studenten äußerten, dass die Zeit vergeudet wurde. Trotz der vorherrschenden autoritären Einstellung zur Lehrerschaft und des scheinbar fehlenden Studentenfokus der Lehre, wurde die Beziehung zu den Lehrerinnen als gut beschrieben. Eine starke hierarchische Struktur der klinisch arbeitenden Hebammen und die schlechten Umgangsformen der Hebammen mit den Schülerinnen wird hervorgehoben.

Die Studie von Prymachuk & Richards (2008) hatte das Ziel, Variablen zu identifizieren, die psychologischen Stress bei Hebammenschülerinnen in Nord-England vorhersagen. In einer Querschnittanalyse wurden Hebammenschülerinnen (N = 120), die an drei verschiedenen Ausbildungsprogrammen teilnahmen, mittels den Instrumenten *Student Nurses Index* und dem *Coping Inventory for Stressfull Situations* befragt. Die Rücklaufquote betrug 85% (N = 102) und ergab ein Stressniveau von 40%. Als Prädiktoren von psychologischem Stress wurde die Selbstberichtserstattung von Stresslevels, die Art des Ausbildungsprogramms und die Verwendung von aufgabenorientierten Coping ermittelt.

Licqurish & Seibold (2008) untersuchten die Lernerfahrungen von Hebammen im Bachelor-Studiengang, insbesondere die Rolle des Mentors, beim Lernen und Entwickeln von Kompetenzen aus Sicht der Studenten in Australien. Die Ergebnisse resultieren aus Tiefeninterviews mit Hebammen-Studentinnen (N = 8) an der

Universität in Victoria in ihrer letzten klinischen Praxisphase. Die Studentinnen bevorzugten die Zusammenarbeit mit einem Mentor, der die Lehre genießt und Fragen fair beantwortet. Sie berichteten davon, dass sie von der Möglichkeit der Verantwortungsübernahme unter unterstützender Supervision und dem praktischen Lernen mit anschließender Reflektion profitierten. Nicht hilfreiche Mentoren werden von den Studentinnen dahingehend beschrieben, dass sie den Studenten keinen Raum für praktische Erfahrung und Handlungsübernahme ermöglichen und sie das hierarchische System spüren lassen.

Green & Baird (2009) haben eine exploratorische, vergleichende Untersuchung zur Fluktuation und dem Verbleib von Hebammenschülerinnen erhoben. Verortet waren die Schülerinnen (N = 16) in zwei verschiedenen Ausbildungsprogrammen an einer Universität im Südwesten von England, die zwischen 2001 und 2003 ihren Abschluss machten. Die Untersuchung erfolgte in zwei Phasen, in welcher sowohl quantitative als auch qualitative Methoden eingesetzt wurden. Die Ergebnisse der Studie beschreiben, dass das Hebammenwesen hochmotivierte Studentinnen anzieht. Um sicher zu stellen, dass diese Motivation bestehen bleibt während eines emotionalen und qualitativ anspruchsvollem Studienprogramms, müssen deren Motivationsbedürfnisse gepflegt und erhalten werden. Für den Ausbildungsabbruch wurden, bis auf wenige Ausnahmen, immer mehrere Gründe genannt. Dies waren häufig „persönliche Gründe“ sowie in klinische und theoretische Beanspruchung begründet. Obwohl die Erwartungen bezüglich der Ausbildung realistisch waren, waren die Erlebnisse und Erfahrungen bezüglich dieser Erwartungen Quelle von Angst und Stress. Die Autorinnen resümieren daher, dass es essentiell sei, dass klinische Mitarbeiter und Akademiker harmonisch zusammenarbeiten, um den Studentinnen ein Programm mit ausreichendem „Mentorentum“ und Unterstützung anzubieten.

Lauder et al. (2008) untersuchten die Unterschiede der Studiengänge für die Hebammenausbildung in Schottland hinsichtlich der Praxiseignung der Schülerinnen. In einer breit angelegten Querschnittstudie wurden Daten erhoben bezüglich der eigenen Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit, der studentischen Unterstützung und der selbstberichteten Kompetenzen von Hebammenschülerinnen (N = 777). Die eigene Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit entsprach dem Niveau aus den Ergebnissen der Gesamtbevölkerung. Die Unterstützung von Familie und Freunde wurde am höchsten und die der Universität am niedrigsten eingeschätzt.

Die selbsteingeschätzten Kompetenzen waren auf einem hohen Niveau. Die Ergebnisse differierten erheblich zwischen den verschiedenen Universitäten.

Currie (1999) untersuchte in Schottland mit ihrer qualitativen Arbeit die Aspekte der Vorbereitung der Hebammenschülerinnen hinsichtlich einer autonomen Praxis, die im Rahmen der Interaktion zwischen Schülerin und praktisch anleitenden Hebammen vermittelt wird. Eingehende Interviews mit Hebammenschülerinnen (N = 7), den Hebammen (N = 7), welche die klinische praktische Ausbildung dieser Schülerinnen betreuen, und Hebammen (N = 4) die im Nachtdienst arbeiten, dienten der Ergebnisermittlung. Die Befunde ergeben, dass die Studentinnen Angst vor selbstständigem Handeln zeigten, indem sie geringes Selbstbewusstsein beim Handeln zeigten, passiv lernten und sich angepasst verhalten. Die Studentinnen beobachteten Rollenkonflikte bei den Hebammen im Krankenhaus, als diese versuchten eine frauenzentrierte Betreuung anzubieten und gleichzeitig mit arbeitsbedingten Einschränkungen zu kämpfen hatten. Die Kreißsaalsituation wurde von den Schülerinnen während der Nacht als entspannter beschrieben, was auch auf die reduzierte Präsenz von medizinischem Personal und weniger Interventionen zurückzuführen ist.

Chamberlain (1997) identifizierte mit ihrer Arbeit in Süd-England die Faktoren, die das Lernen von klinischen Fähigkeiten bei Hebammenschülerinnen beeinträchtigen mittels Beobachtungen über einen Zeitraum von achtzehn Monaten im klinischen Setting und Interviews. Beobachtung, indirektes Lernen und „Versuch und Fehler“ waren die verwendeten Strategien der Hebammenschülerinnen, um zu klinischen Fähigkeiten zu gelangen. Angst, unzureichende praktische Anleitung und Betreuung und schlechte Kommunikation beeinflussten das Lernen von Studentinnen, die sich auf ihre Hebammen-Funktion schlecht vorbereitet fühlten.

Das Studienziel der englischen Studie von Cavanagh & Snape (1997) war es, die Ausbildungserfahrungen von Hebammenschülerinnen zu ermitteln, die zu Stress führen können. Hierzu wurde ein Fragbogen entworfen mit 45 Items, die mögliche Stressquellen beschrieben. Die Rücklaufquote der versendeten Fragebögen betrug 39,8 % (N = 199). Es wurden zwei Hauptfaktoren für Stressquellen identifiziert: „Organisations- und Lernerfahrungen“ und „Heim und Familie“.

Ziel der australischen Studie von Quinlivan et al. (2002) war eine Befragung von Medizin- und Hebammen-Studentinnen, wie sie ihre jeweilige Lernrolle in dem

Kreißsaal empfinden. Hierzu wurde eine deskriptive Querschnittsanalyse mittels Fragebögen in einer tertiären Lehranstalt, der ein Krankenhaus für Geburtshilfe und Gynäkologie angeschlossen ist durchgeführt. Die Teilnehmer waren Studentinnen, die eine 10-wöchige klinische Phase in Geburtshilfe und Gynäkologie abgeschlossen hatten, während des fünften Jahres des Medizinstudiums und Hebammen-Studentinnen, die einen einjährigen Postgraduierten Diplom im Hebammenwesen anstrebten. Von den 130 Fragebögen/ 52 Fragebögen, die an Medizin-/Hebammen-Studentinnen gesendet wurden, war die Antwortrate 72% / 52%. Das Schlüsselergebnis war, dass die Studentinnen der jeweiligen Berufsgruppen berichteten, dass sie eine geringere Rolle bei der jeweiligen anderen Berufsgruppe gesehen haben, als bei sich selbst. Einige Medizinstudenten hatten keine Kenntnisse von der Rolle der Hebammen, so dass 8% nicht das Gefühl hatten, dass Hebammen-Studentinnen eine normale Geburt beobachten sollten, 10%, dass sie sie nicht ausführen sollten, und 23% der Meinung waren, dass sie keine neonatale Erfassung vornehmen sollten. Umgekehrt haben 7% der Hebammen-Studentinnen keine Rollen für Medizinstudentinnen beim Beobachten und 22% beim Ausführen einer normalen Geburt, 26% die die neonatale Erfassung und 85% die der Stillberatung gesehen.

Diese Arbeit befasst sich mit der Belastung und Beanspruchung während der Hebammenausbildung unter Einbezug des SOC als Persönlichkeitsvariable. Ebenso wird eine mögliche Burnout-Entwicklung durch Fehlbeanspruchung geprüft. In der deutschen und englischsprachigen Literatur konnte, bei der vorherigen Literaturrecherche, keine Arbeit gefunden werden, die diesen Zusammenhang behandelte. Das folgende Kapitel gibt daher nur einen Einblick in den Forschungsstand zum Zusammenhang von Berufsausbildung und Burnout-Entwicklung, Burnout im Zusammenhang mit SOC und Beruf und den Zusammenhang von Arbeitsbelastung und SOC als Moderator. Vorgestellt werden Arbeiten, deren Forschungsinteresse sich auf Berufe bezieht, die dem Hebammenberuf nahe stehen.

3.5 Forschung zum Zusammenhang von SOC, Burnout und Beruf

Untersuchung, die eine mögliche Burnout-Entwicklung bereits während der Berufsausbildung in Berufen, die dem Hebammenberuf nahe stehen (Kranken- und Altenpflege) wurden von Schikanski (2006), Engelkamp (2001), Fischer (2006)

durchgeführt. Eine neue Studie von Hausmann (2009) untersuchte Burnout bei österreichischen PflegeschülerInnen (N = 179) im dritten Ausbildungsjahr und belegt, dass die Burnout-Belastung der untersuchten ProbandInnen der Belastung entspricht, wie sie regional und national bei berufstätigen Pflegepersonen erhoben wurden, im internationalen Vergleich aber gering ist.

Eine Reihe von Arbeiten untersuchte den SOC im Zusammenhang von Burnout in verschiedenen Berufsgruppen. Ryland & Greenfeld (1991), Gilbar (1998) und Baker et al. (1997) untersuchten Burnout und SOC an Sozialarbeitern, Gana & Boblique (2000) führten eine Untersuchung an Polizisten und Lehrern durch, Söderfeldt et al. (2000) untersuchten Angestellte aus Institutionen der Gesundheitsfürsorge sowie Nilsson, Axelsson, Gustafson et al. (2001) über Infarkt-Patienten und ihre Partner.

Die Krankenpflege steht dem Beruf der Hebamme hinsichtlich verschiedener berufsspezifischer Kriterien nahe. Eine Vielzahl der strukturellen Rahmenbedingungen in der Krankenpflege, wie beispielsweise Schichtdienst und Patientennähe, entsprechen denen im Hebammenberuf, weshalb im Folgenden, ausgesuchte Studien skizziert werden, die die Beziehung zwischen Burnout und SOC in der Krankenpflege untersuchten.

Aries & Zuppiger Ritter (1999) haben in der Schweiz eine Längsschnittstudie in Pflegeberufen (n = 643) zum Thema Burnout durchgeführt. Sie untersuchten den Burnout-Prozess und die Persönlichkeits- und Arbeitsplatzmerkmale, die demographischen Variablen und die Copingstrategien, welche diesen Prozess beeinflussen. Eine der wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit ist, dass der Beginn des Burnout-Prozesses sowohl mit emotionaler Erschöpfung, mit Depersonalisierung oder auch mit einer reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit beginnen kann. Das heißt, dass der Burnout-Prozess nicht bei allen Pflegenden auf die gleiche Weise beginnt. Außerdem fanden sie heraus, dass ein starkes Kohärenzerleben vor Burnout schützt. Personen mit Burnout-Symptomatik wiesen signifikant niedrigere SOC-Werte auf als Personen ohne Burnout. Im Anschluss an die Längsschnittstudie wurden semistrukturierte Interviews mit Teilnehmern aus den Extremgruppen geführt. Hierbei zeigte sich, dass die Teilnehmer aus der Burnout-freien Gruppe gegenüber der Burnout-belasteten Gruppe, ein situationsadäquateres Bewältigungsverhalten aufweisen und über doppelt so viele Unterstützungspersonen an ihrer Arbeitsstelle verfügen.

Aus Südafrika stammt eine neuere Querschnittstudie von Colff & Rothmann (2009), die die Beziehung zwischen arbeitsbedingten Stress, SOC, Burnout und Arbeitsengagement bei Krankenschwestern (N = 818) untersucht. Stress am Arbeitsplatz aufgrund mangelnder organisatorischer Unterstützung und die Arbeitsbelastungen trugen im Wesentlichen zur emotionalen Erschöpfung und Depersonalisierung bei. Desweiteren zeigen die Ergebnisse einen mäßigen Zusammenhang zwischen emotionaler Erschöpfung und Arbeitsengagement, während Depersonalisation in Verbindung mit persönlicher Leistung und Arbeitsengagement stand. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass Personen mit einem starken SOC arbeitsbedingten Stress, aufgrund mangelnder organisatorischer Unterstützung und arbeitsbedingte Belastungen, besser bewältigen. Der SOC war die einzige Variable in dieser Studie, die einen Zusammenhang zur persönlichen Leistung zeigte.

In einer norwegischen Studie von Nordang (2010) wurde mittels einer quasi-experimentellen retrospektiven Kohortenstudie, der Burnout bei Krankenschwestern mit langer Arbeitserfahrung in drei Erhebungen bestimmt. Während der 30-monatigen Erhebungsperiode wurde deren Krankenhausabteilung zweimal grundlegend reorganisiert und verkleinert. Der Burnout-Wert wurde bei jeder Erhebung mit dem Bergen Burnout Indicator bestimmt, und bei der letzten Erhebung wurde der Sense of Coherence nach Antonovsky bestimmt. Die Stichprobe bestand aus einem Mann und 45 Frauen zwischen 30 und 65 Jahre. Es gab eine signifikante Zunahme des Burnouts während der Studie. Der Anteil zufriedener Krankenschwester fiel von 84% bei der ersten Erhebung auf 35% bei der letzten Erhebung und das Burnout stieg gleichzeitig von 0% auf 29% an. Die Studie ergab eine Korrelation des Burnouts mit einem niedrigen SOC.

In der arbeitswissenschaftlichen Literatur finden sich Studien, die den SOC als Persönlichkeitsmerkmal identifizieren, das einen Puffereffekt hat zwischen der Belastung und Beanspruchung. Bei Personen mit starkem SOC wird also vermutet, dass die negativen Konsequenzen von Stressoren weniger stark auffallen (Puffereffekt), als bei den Personen mit einem schwachen SOC. Im Bezug auf diesen vermuteten Moderatoren-Effekt des SOC im Zusammenhang von Belastung und Beanspruchung ist die Literaturlage wenig eindeutig. Es finden sich Arbeiten, die diese Hypothese stützen, aber auch solche, die keinen Moderatoren-Effekt ermitteln konnten. Exemplarisch werden nachfolgend die relevantesten Ergebnisse einiger Arbeiten beschrieben, deren Thema einen Bezug zu dieser Arbeit aufweist.

Albertsen et al. (2001) untersuchten bei dänischen Angestellten (N = 2053) den Zusammenhang von SOC und psychosozialen Merkmalen der Arbeitssituation und Stresssymptomen. SOC korrelierte negativ mit allen Formen von Stress. Bei Frauen zeigten sich Moderator-Effekte des SOC über den Zusammenhang zwischen Konflikten am Arbeitsplatz und somatischen Stresssymptomen und im Zusammenhang zwischen Verhaltensstörungen und sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte.

Hoegel & Büssing (2004) untersuchten den Einfluss von SOC auf die Beziehung zwischen Arbeitsbelastung und –beanspruchung bei Krankenhausmitarbeitern (N = 205). Sie konnten keinen moderierenden Effekt des SOC finden, das heißt, der Zusammenhang zwischen Stress und Belastung war nicht stärker für Individuen mit schwachen SOC als für Individuen mit starkem SOC.

Carmel et al. (1991) untersuchten den Effekt von kürzlich und wesentlich erlebten Lebensereignissen (recently experienced life events) und SOC auf die Gesundheit von Männern und Frauen bei Mitgliedern von 2 Kibbuzen (n = 230). Nach Geschlechtern getrennt untersucht ergab sich für die Frauen, dass RLE die Gesundheit von Frauen negativ beeinflusst und der SOC kein signifikanter Effekt als Gegengewicht darstellt, während sich bei den Männern zeigte, dass *Recently Experienced Life Events* keinen beeindruckenden Effekt auf die Gesundheit hatte, aber der SOC einen signifikanten Einfluss ausübte.

Eine weitere Arbeit von Toivanen (2007) untersuchte die arbeitsbedingte Ungleichheit der Gesundheit in Bezug zu Einkommen, Aspekten der körperlichen und psychosozialen Arbeitsbedingungen und dem SOC in der schwedischen Erwerbsbevölkerung. In dieser Arbeit wurde als Ergebnis gefunden, dass ein starker SOC den Effekt der physischen Arbeitsbelastung auf das Auftreten von Muskel- und Skelettschmerzen bei beiden Geschlechtern moderierte. Allerdings wurde nur ein teilweiser moderierender Effekt des SOC auf den Einfluss von negativen Arbeitsbedingungen auf psychischen Stress und Schmerzen des Bewegungsapparates gefunden. Die Autorin resümierte, dass ihre Ergebnisse nur teilweise die These unterstützen, dass der SOC ein globaler Faktor des Gesundheitsschutzes ist.

Resümierend kann man sagen, dass sich bereits während der Berufsausbildung eine mögliche Burnout-Entwicklung in Pflegeberufen erkennen lässt. Eine Reihe von Arbeiten stellt den Zusammenhang von Burnout und SOC fest. Ein möglicher Moderatoren-Effekt des SOC auf den Zusammenhang von Belastung und Beanspruchung weist die jetzige Forschungslandschaft allerdings nicht eindeutig auf.

3.6 Zusammenfassung

Zahlreiche Studien belegen, dass arbeitsbedingter Stress zu einer psychischen und physischen Fehlbelastung führen kann, diese Entwicklung hat in den letzten Jahren stark zugenommen (vgl. Sockoll 2008). Stress in der Arbeit und die daraus resultierenden Erkrankungen führen dazu, dass im Schnitt jeder Arbeitnehmer in Europa mindestens vier Tage pro Jahr für seinen jeweiligen Arbeitgeber ausfällt. Zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung der europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Das bedeutet für Europa einen jährlichen Verlust von 600 Millionen Arbeitstagen (Geurts & Gündelmann 1999 in: Bamberg et al. 2006).

Eine Reihe von Arbeiten bestätigt eine mögliche Burnout-Entwicklung als Folge von psychischer Fehlbelastung bereits während der Berufsausbildung (z. B. Schikanski 2006; Hausmann 2009). Ein starkes Kohärenzerleben (starker SOC) hat eine schützende Wirkung auf die wahrgenommene Belastung für Pflegekräfte (z. B. Colff & Rothmann 2009; Nordang 2010). Der Forschungsstand weist aber keinen eindeutigen Moderatoren-Effekt des SOC im Zusammenhang von Arbeitsbelastung und –beanspruchung auf (z. B. Hoege & Büssing 2004; Toivanen 2007). Die Hebammenausbildung bedingt vielfältige Belastungsmomente – unabhängig von den strukturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen eines Landes – wie der internationale Forschungsstand beweist (z. B. Reime 2000; Bergley 2001, 2002; Prymachuck & Richards 2008; Green & Baird 2009).

4 Qualitative Studie

4.1 Untersuchungsdesign

Das Untersuchungsdesign gliedert sich in zwei Teile: (1) Die, im Folgenden beschriebene, qualitative Studie und (2) einer quantitativen repräsentativen Längsschnittstudie (Panel), die in Kapitel 5 beschrieben wird.

Mittels einer qualitativen Erhebung erfolgt zunächst ein fokussierter Blick auf die Kreißsaal-Situation während der Hebammenausbildung. Hierbei soll sondiert werden, welche Belastungsfaktoren sich während der praktischen Kreißsaal-Einsätze für Hebammenschülerinnen identifizieren lassen. Ausgehend von dem *Offenen Brief* der Hebammenschülerinnen (s. 4.3.1) wurden zunächst Experteninterviews (s. 4.3.2 und 4.3.3) durchgeführt und im Anschluss – auf Basis dieser Interviews – ein halbstrukturierter Interviewleitfaden (s. 4.3.4) entwickelt, welcher in zwei Pretests (s. 4.3.5) geprüft wurde. Mit dem dann optimierten Leitfaden wurden 20 Hebammenschülerinnen aus neun Hebammenschulen, und in verschiedenen Ausbildungsstadien, interviewt. Die Ergebnisse der qualitativen Erhebung liefern Hinweise auf eine Belastung der Hebammenschülerinnen durch die Ausbildungsbedingungen (vgl. Bortz & Döring 2006; Häder 2006; Atteslander 2008; Hopf & Schmidt 1993; Kuckartz 2007; Mayring 1997).

4.2 Fragestellung

Die Themenfindung für die Fragestellungen der qualitativen Erhebung erfolgte durch eine Literaturrecherche und Experteninterviews mit der damaligen 2. Vorsitzenden Frau Yaa-Dufie-Windrich des BHSR. Sie benennt Belastungsmomente und diese werden, während des Gesprächs, Kategorien zugeordnet. Daraus werden Fragen formuliert, um diese Kategorien anhand eines Interviewleitfadens in Interviews zu untersuchen (vgl. Kuckartz 2007; Hopf & Schmidt 1993). Die Kategorien repräsentieren Themen, denen ein Belastungspotential für die Hebammenschülerinnen im praktischen Kreißsaal-Ausbildungseinsatz zugesprochen wird. Diese Kategorien lauten: Kommunikation-Organisation, Hierarchie-Kommunikation, Stimmung-Umgang, persönlicher Stress.

Die übergeordnete Fragestellung für die qualitative Erhebung lautet:

- Bestätigen sich die vermuteten Belastungsmomente im Kreißsaal?

4.3 Erhebung und Methode

4.3.1 Offener Brief der Hebammenschülerinnen

Die vorgeschaltete qualitative Erhebung diene einer Erkundung, welche Belastungsmomente die Hebammenschülerinnen während der Ausbildungszeit erleben. Einen ersten Hinweis auf Belastungen in der Hebammenausbildung liefert der „Offene Brief des Bundeshebammenschülerinnenrat“ (BHSR) an den Deutschen Hebammenverband (DHV)¹⁶. Hier schildern die Delegierten des BHSR-Treffens folgende Probleme: Schlechter Umgang im Kreißaal, Missstände werden – seitens der Schülerinnen – nicht angezeigt aus Angst vor Verlust des Ausbildungsplatzes, mangelnde praktische Ausbildung von hebammenrelevanten Themen, zeitlich unangepasste theoretische Ausbildung. Als Unterstützung/ Ressource werden die Lehrerinnen für Hebammenwesen genannt, die allerdings mit hierarchischen Strukturen und wirtschaftlichen Zwängen zu kämpfen haben und häufig machtlos sind (vgl. BHSR 2005:622).

Die Delegierten des BHSR machen auch Vorschläge, um die Situation zu verbessern: Längeres Externat (ein mehrwöchiger Außeneinsatz der Schülerin – meist bei einer freiberuflichen Hebamme), angemessene Entlohnung für freiberufliche Mentorinnen, öffentliche lobende Erwähnung von guten Hebammenschulen und engagierten Lehrkräften, ein Austausch zwischen Schule und Praxis und eine kritische Beobachtung der aktuellen Ausbildungssituation (ebd. 622).

Der „Offene Brief“ des BHSR ist der Ausgangspunkt für das weitere Vorgehen in dieser Arbeit. Nähere Informationen zu den Belastungen der Schülerinnen während der Ausbildung erhalte ich durch ein Expertin-Interview mit der damaligen 2. Vorsitzenden, Frau Yaa-Dufie-Windrich des BHSRs.

4.3.2 2. Vorsitzende des Bundeshebammenschülerinnenrat (BHSR)

Die Vorsitzenden des BHSRs erfahren bei den BHSR-Treffen, die ein- bis zweimal im Jahr stattfinden, welche Belastungen, die Schülerinnen beschreiben. Mit der damaligen 2. Vorsitzenden, Frau Yaa-Dufie-Windrich, konnte ich dann einen Termin für ein Telefoninterview verabreden. Zu Beginn des eineinhalbstündigen Telefoninterviews bitte ich Frau Yaa-Dufie-Windrich, mir die häufigsten

¹⁶ Damals noch „Bund Deutscher Hebammen“ (BDH)

Belastungsmomente/-szenarien zu beschreiben, die ihr von anderen Schülerinnen zugetragen werden. Die häufigsten Belastungsmomente werden von den Schülerinnen aus dem Kreißsaal benannt. Zu diesen Belastungsmomenten, werden noch im Gespräch übergeordnete Kategorien ermittelt. Die folgenden Kategorien werden benannt: Kommunikation, Hierarchie und Organisation.

Im Verlauf des Gesprächs wird klar, dass sich die Belastungsmomente nicht eindeutig einer übergeordneten Kategorie zuordnen lassen, weil es häufig zu Überschneidungen der Kategorien kommt. Die Organisation der Hebammenausbildung sieht keine/zu wenig Zeit vor, um eine ausreichende Besprechung und Reflektion über den Ausbildungsstand und Ausbildungsziele der Schülerinnen zu ermöglichen. Hinzu kommt, dass es in den Ausbildungs-Kreißsälen keine oder zu wenig Praxisanleiterinnen gibt, die eine fach- und zielgerichtete Ausbildungsbetreuung der Schülerinnen gewährleisten können. Dies möchte ich anhand eines Beispiels beschreiben:

Kommunikation ↔ Organisation

Die Zuständigkeit für die Praxisanleitung ist häufig nicht eindeutig oder ungenügend geregelt. Es gibt in jedem Kreißsaal keine oder nur wenige Hebammen, die eine Zusatzausbildung zur Praxisanleiterin haben. In der Regel wird eine Schülerin zu Beginn der Schicht einer diensthabenden Hebamme zugeteilt mit der sie dann gemeinsam z. B. die Betreuung einer Gebärenden übernimmt. Organisatorisch ist es nicht vorgesehen, dass die Schülerin und Hebamme, vor dem gemeinsamen Arbeitsantritt, über den aktuellen Ausbildungsstand der Schülerin sprechen. Erschwert wird dieser Umstand durch die Tatsache, dass die Schülerinnen ihre Mindeststundenzahl von 3000 Stunden praktischer Ausbildung nicht nur im Kreißsaal oder den hebammenspezifischen Abteilungen/Stationen ableisten, sondern auch auf fachfremden Stationen (HebAPrV). Ein Teil der Schülerinnen verfügt Mitte bis Ende des zweiten Ausbildungsjahres über keine/kaum Kreißsaalerfahrung. Daher können Schülerinnen des gleichen Ausbildungsjahres – je nach Organisation des Hauses – über sehr unterschiedliche Kreißsaalerfahrung verfügen. Die zu erwartende Leistung der Schülerin wird durch die Hebamme aber anhand ihrer kalendarischen Ausbildungszeit und nicht bezüglich ihres individuellen Ausbildungsstandes getroffen. Da die Schülerinnen ganz unterschiedlich eingesetzt werden, kann es zu der Situation kommen, dass eine Schülerin im ersten Ausbildungsjahr bereits drei Kreißsaaleinsätze hatte, während ihre Kurskollegin – im gleichen Ausbildungsjahr – noch keinen Kreißsaaleinsatz hatte. Kommt jetzt noch

die Tatsache hinzu, dass im Kreißsaal gerade ein hoher Arbeitsanfall zu verzeichnen ist und die Hebamme nicht, wie erwartet, von der Schülerin entlastet wird (die Schülerin aus dem gleichen Kurs, mit der sie gestern zusammen gearbeitet hat, funktionierte doch so gut!), entlädt sich diese Situation durch verbale Attacken, gegen die sich die Schülerin – aufgrund des Schülerstatus – nicht zur Wehr setzen kann.

Dank der zweiten Vorsitzenden des BHSR habe ich ein Verständnis für die Probleme während der Hebammenausbildung aus der Schülerinnenperspektive gewonnen. Das folgende Kapitel beschreibt die Diskussion der gewonnen Erkenntnisse mit einer erfahrenen Schulleiterin und Lehrerin für Hebammenwesen.

4.3.3 Lehrerin für Hebammenwesen

Mit einer Lehrerin für Hebammenwesen, die auch Schulleiterin einer Hebammenschule ist und über erhebliche Berufserfahrung verfügt, bespreche ich die Thematik ebenfalls. Mit diesem Gespräch möchte ich sondieren, ob eine Lehrerin für Hebammenwesen zu einer ähnlichen oder möglicherweise anderen Einschätzung kommt als die oben beschriebene Schülerinnenperspektive bezüglich Belastungsmomenten während der praktischen Ausbildung.

Meine Gesprächspartnerin beschreibt Belastungsmomente, die sich unter die Kategorien, die von der 2. Vorsitzenden des BHSR genannt wurden, einfügen lassen. Sie verweist darauf, dass zu der hierarchischen Struktur der Ausbildungsorganisation von Hebammenschülerinnen während der praktischen Ausbildung, auch die Pflegedienstleitung bzw. die Pflegedirektion gehören. Diese treten aber während der Ausbildungszeit für die Schülerinnen kaum bis gar nicht in Erscheinung.

Der Krankenstand von Hebammenschülerinnen in den verschiedenen Ausbildungsstadien könnte ein Hinweis dafür sein, welche Ausbildungsphase für die Schülerinnen besonders belastend ist. Meine Gesprächspartnerin verzeichnet an ihrer Hebammenschule, einen höheren Krankenstand im ersten Ausbildungsjahr, was sie darauf zurückführt, dass der Ausbildungsbeginn im späten Herbst liegt und somit im Zusammenhang mit der Jahreszeit stehen könnte.

Weiterhin frage ich, welcher Ausbildungszeitraum hinsichtlich einer Befragung von Hebammenschülerinnen, zur wahrgenommenen Belastung während der Ausbildung sinnvoll ist. Nach ihrer Einschätzung können Schülerinnen nach sechsmonatiger Praxiserfahrung keine relevanten Aussagen zu Belastungsszenarien beschreiben. Sie glaubt, dass die Belastungsintensität mit zunehmender Ausbildungszeit zunimmt, weshalb eine Burnout-Analyse während der Ausbildung nur Sinn macht, wenn diese über die Ausbildung hinaus geht.

Beide Expertinnen, die 2. Vorsitzende des BHSR und die Lehrerin für Hebammenwesen, beschreiben hauptsächlich Belastungsmomente im Kreißaal. Die Ergebnisse der Expertinneninterviews dienen der Erarbeitung eines halbstrukturierten Interviewleitfadens.

4.3.4 Halbstrukturierter Interviewleitfaden

Es soll anhand von ca. 20 Interviews ein differenziertes Bild entstehen von den Belastungsmomenten/-szenarien während der praktischen Hebammenausbildung. Hierzu wird im nächsten Schritt ein halbstrukturierter Leitfaden erarbeitet¹⁷. Wichtige Anregungen zu einzelnen Aspekten der Leitfäden erhielt ich durch die Gespräche mit den Expertinnen. Ziel des halbstrukturierten Interviews war es, möglichst vollständige und detaillierte Informationen zu bekommen, was natürlich zu der typischen Anspruchsschere bei qualitativen Interviews führt, auch der Offenheit für Relevanzstrukturen und individuelle Besonderheiten der Befragten trotzdem gerecht zu werden. Nach den Pretests wurden die Leitfäden korrigiert und auch noch nach den ersten Interviews aufgrund der Felderfahrung überarbeitet (vgl. Hopf & Schmidt 1993; Hopf 1995).

4.3.5 Pretest

Es wurden zwei Pretests durchgeführt. Der erste Test wurde mit einer Kreißaalpraktikantin durchgeführt und diente der Erkundung des zeitlichen Rahmens für die Durchführung des Interviews und, um die Verständlichkeit der Fragen zu prüfen. Der zweite Pretest wurde mit einer Schülerin aus dem dritten Ausbildungsjahr vorgenommen und diente der finalen inhaltlichen Überarbeitung und Ergänzung des Interviewleitfadens.

¹⁷ siehe auch Anhang, Abbildung 18-24

4.3.6 Auswertungsmethode der Interviews

Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der Methodik des thematischen Codierens nach bzw. in Anlehnung an Hopf. Nach Hopf beginnt das Entwickeln der Auswertungskategorien, theoriegeleitet, bereits mit der Entwicklung des Leitfadens. Allerdings wurden in dieser Arbeit die Kategorien nicht theoriegeleitet entwickelt, sondern aufgrund der praktischen Fragestellung anhand der Literaturrecherche und den Experteninterviews erarbeitet (vgl. Schmidt & Hopf 1993). Es geht also nicht um die Theoriegenerierung, wie in der Grounded Theory üblich, sondern um die Überprüfung und/oder Weiterentwicklung einer Theorie (vgl. Kuckartz 2005). Die Kategorien und die dazu gehörigen Fragen basieren auf dem Experteninterview mit der damaligen zweiten Vorsitzenden des BHSRs und lauten: Motivation, Kommunikation-Organisation, Organisation, Hierarchie-Kommunikation (Kreißsaalhebamme und Arzt), Stimmung, persönlicher Stress und Entlastung.

Der Interviewleitfaden, dessen Fragen entsprechend der Kategorien strukturiert ist, diente jetzt als Instrumentarium um alle Interviews analytisch zu bearbeiten. Der Interviewleitfaden wird in der Auswertungsphase zum Codierleitfaden. Zunächst werden alle Stellen, die über eine Kategorie Auskunft geben können, identifiziert und eventuell wird eine Ausprägung zugeordnet (z. B. „leicht“ oder „stark“) (konsensuelles Codieren). Dies geschah mit Hilfe von zwei Doktorandinnen meines Kolloquiums an der Technischen Universität Darmstadt, die jeweils 10 Interviews - unabhängig voneinander - auf diese Art codiert haben. Ich habe alle 20 Interviews codiert. Die unabhängige Codierung des Materials durch jeweils zwei Forscher fördert die Qualität der Ergebnisse. Bei divergierenden Ergebnissen wurde durch Diskussion ein gemeinsamer Konsens gefunden.

Die Ergebnisse wurden anschließend von mir in Tabellenform gebracht. Dieser Schritt der Materialschau und des quantitativen Überblicks dient der Offenlegung und trägt zur intersubjektiven Überprüfbarkeit bei. Auf diese Weise lässt sich der Zusammenhang zwischen zwei oder mehr Kategorien darstellen (vgl. Kuckartz 2005; Kuckartz et al. 2007).

Hopf (1993) sieht jetzt auch noch eine vertiefende Fallanalyse vor, um nah am Text Hypothesen aufzustellen und diese zu überprüfen. Diese Fallanalyse erfolgt bei Hopf theoriebezogen. In dieser Arbeit wurde auf die Darstellung der vertiefenden Fallanalyse verzichtet, weil die Kategorienbildung und die Auswertung aufgrund der

Experteninterviews erhoben wurde und nicht theoriebezogen, auf die sich eine Einzelfallanalyse – nach Hopf – stützen würde.

Alle Interviews wurden zuerst per Hand codiert und anschließend noch einmal mit dem Auswertungsinstrument MAXQDA bearbeitet, welches im Folgenden beschrieben wird.

4.4 Auswertungsinstrument – MAXQDA

Die Transkription von Interviews muss je nach Untersuchungszweck - mehr oder weniger - umfassend sein. Für diese Arbeit wurde nach den Transkriptionsregeln von Dresing (2006) gearbeitet, die entsprechend für computerunterstützte Auswertung geeignet sind und nach zehn klaren Regeln erfolgen. Die Texte werden im Rich-Text Format abgespeichert und problemlos in MAXQDA übertragen (vgl. Kuckartz 2005).

Die Software für die qualitative Datenanalyse MAXQDA bietet verschiedene Leistungen, die im Folgenden kurz skizziert werden:

Es können mehrere Texte verwaltet werden, die einem Projekt zugesprochen werden. Dies ermöglicht einen schnellen Zugriff auf die einzelnen Texte. Die Texte können in Form von Subgruppen auch nach benutzergewählten Kriterien organisiert werden. Es können Kategorien definiert, konstruiert und das Kategoriensystem beliebig erweitert werden. Die Kategorien können ausgewählten Textabschnitten zugeordnet werden. Zu jeder Kategorie kann ein Memo erstellt werden, das eine Kurzbeschreibung der Kategorie enthält. Die Kategorienzuordnung kann auch visuell dargestellt werden, damit kann man gezielt nach Überschneidungen oder Mustern suchen. Weiterhin lassen sich Worthäufigkeitslisten und Wortindices erstellen. Das Programm unterstützt die Teamarbeit und konsensuelle Codierverfahren in Arbeitsgruppen und ermöglicht auch den Import und Export von Ergebnistabellen zu Statistiksoftware wie z. B. zu SPSS (vgl. Kuckartz 2005).

4.5 Ergebnisse und Diskussion

4.5.1 Die Probandinnen

Insgesamt wurden 21 Interviews geführt, wovon 20 Auswertungen in die Erhebung mit eingeflossen sind, weil eine Probandin, aus persönlichen Gründen, das Interview frühzeitig abgebrochen hat. Die Schülerinnen gehören 9 verschiedenen Schulen an, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden. Die Rekrutierung der Schülerinnen für die Interviews erfolgte durch die Lehrerinnen für Hebammenwesen an den jeweiligen Schulen. Kritisch muss hier angemerkt werden, dass die Probandinnen, die sich hierfür meldeten, wahrscheinlich eher zu den Schülerinnen gehören, die der Thematik aufgeschlossen und interessiert gegenüberstehen. Aus diesem Grund ist eine Verzerrung der Ergebnisse nicht auszuschließen.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren 5 Schülerinnen im 1. Ausbildungsjahr (B17, B18, B19, B20, B21), 1 Schülerin am Ende des 2. Ausbildungsjahres (B6), 1 Schülerin hatte die Ausbildung gerade beendet (B8), 2 Schülerinnen befanden sich in der Phase der Abschlussprüfungen (B15 und B16) und 11 Probandinnen (B1, B3, B4, B5, B7, B9, B10, B11, B12, B13, B14) waren im letzten Ausbildungsjahr.

In Tabelle 1 werden die demographischen Daten der Probandinnen angegeben. Das Alter der Probandinnen lag zwischen 19 und 34 Jahren. Alle Schülerinnen besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft. Folgende Angaben wurden zum Schulabschluss gemacht: Drei Schülerinnen haben einen Realschulabschluss, drei Schülerinnen verfügen über die Fachhochschulreife und vierzehn Schülerinnen haben Abitur gemacht. Sieben Probandinnen haben bereits eine Berufsausbildung. Zwölf Probandinnen geben an, dass eine Partnerschaft besteht. Alle Probandinnen sind kinderlos, bis auf Probandin B16, die ein Kind hat. Die Probandinnen B10 und B16 haben beide zuvor mit einem Studium begonnen aber keinen Abschluss gemacht.

Besondere Aspekte, die eine zusätzliche Belastung während der Ausbildung vermuten lassen, weisen folgende Probandinnen auf:

- Neben der Ausbildung zur Hebamme versucht Probandin B21 gleichzeitig, die Fachhochschulreife zu erlangen.
- Die Probandin B16 hat ein Kind.

- Die Probandin B12 hat eine Ausbildungsverkürzung gewählt, da sie bereits Gesundheits- und Krankenpflegerin ist.
- Die Probandinnen B15 und B16 sind in der Phase der Abschlussprüfung.

Tabelle 1: Demographische Daten der Probandinnen der qualitativen Analyse

Schulen	Probandin	Alter	Schulabschluss	Vorherige Berufsausbildung	Partner
Schule 1	B1	22	Abitur	Nein	Nein
Schule 2	B3	22	Abitur	Nein	Ja
	B4	21	Abitur	Nein	Ja
Schule 3	B5	27	Abitur	Gesundheits- und Krankenpflegerin	Ja
Schule 4	B6	25	Fachhochschulreife	Verwaltungsfachangestellte	Nein
	B7	26	Realschule	Groß- und Außenhandelskauffrau	Ja
Schule 5	B8	23	Abitur	Nein	Nein
Schule 6	B9	23	Abitur	Nein	Nein
	B10	26	Abitur	Rettungssanitäterin	Ja
	B11	24	Abitur	Nein	Ja
Schule 7	B12	27	Abitur	Gesundheits- und Krankenpflegerin	Ja
	B13	21	Fachhochschulreife	Nein	Ja
	B14	22	Abitur	Nein	Nein
Schule 8	B15	22	Abitur	Nein	Nein
	B16	34	Abitur	Nein	Ja
Schule 9	B17	22	Abitur	Nein	Nein
	B18	19	Fachhochschulreife	Nein	Ja
	B19	20	Abitur	Nein	Nein
	B20	21	Realschule	Arzthelferin	Ja
	B21	21	Realschule	Zahnmedizinische Fachangestellte	Ja

Die Schülerinnen müssen während ihrer Ausbildungszeit Nachweise sammeln über die Anzahl der Durchführung von verschiedenen geburtshilflichen Maßnahmen. Als Dammschutz bezeichnet man eine geburtshilfliche Maßnahme, um das Dammgewebe bei der Geburt des kindlichen Kopfes vor dem Einreißen (Dammriss) zu bewahren bzw. das Ausmaß der Verletzung möglichst gering zu halten. Die Schülerinnen finden es teilweise belastend, auf die notwendige Zahl der Dammschütze zu kommen, weshalb dies ebenfalls erfragt wurde.

Mit der folgenden Tabelle 2 wird ersichtlich wie viele Kreißsaaleinsätze die Schülerinnen in der Ausbildung hatten bzw. bisher hatten und die Anzahl der Dammschütze. Außerdem wurde die Dauer eines Einsatzes erfragt.

Tabelle 2: Ausbildungsrelevante Informationen der Probandinnen der qualitativen Analyse

Schulen	Probandin	Kreißsaaleinsätze insgesamt	Anzahl der Dammschütze	Dauer eines Einsatzes
Schule 1	B1	4	22	5-7 Wochen
Schule 2	B3	5	25	4-7 Wochen
	B4	5	32	2-6 Wochen
Schule 3	B5	10	44	3-6 Wochen
Schule 4	B6	3	14	6-9 Wochen
	B7	4	20	6-8 Wochen
Schule 5	B8	-	47	5 Wochen
Schule 6	B9	6	44	3-6 Wochen
	B10	10	55	4-6 Wochen
	B11	4	50	4-6 Wochen
Schule 7	B12	2	30	6-8 Wochen
	B13	5	32	4-8 Wochen
	B14	6	25	4-8 Wochen
Schule 8	B15	Im 3. AJ ¹⁸ ausschließlich im KRS	55	2-4 Wochen
	B16	Im 3. AJ ausschließlich im KRS	40	Keine Angabe
Schule 9	B17	1	Keine Angabe	4 Wochen
	B18	1	1	4 Wochen
	B19	1	2	4 Wochen
	B20	1	Keine Angabe	4 Wochen
	B21	1	Keine Angabe	4 Wochen

4.5.2 Die Ausbildungsorganisationen

Die Schulleitung oder eine Lehrerin für Hebammenwesen der Hebammenschulen, denen die Probandinnen für die qualitative Untersuchung angehörten, füllten einen Bogen aus, dessen wesentliche Aussagen hier beschrieben und – wegen der besseren Übersicht - tabellarisch dargestellt werden.

Die Frage, ob es für die Schülerinnen schwierig ist, die benötigte Anzahl der Dammschütze zu erreichen, wurde von allen Schulen mit *nein* beantwortet. Ebenso eindeutig antworteten alle Schule mit *ja* auf die Fragen, ob die Schülerinnen ein Nachweisheft über Ihre Ausbildungsziele führen und ob der Kreißsaal die Ausbildungsvorgaben in schriftlicher Form vorliegen hat. Einzig Schule 6 hat zu den o. g. Fragen keine Aussage getroffen.

Die folgende Tabelle 3 zeigt nach Schulen: Die zugehörigen Probandinnen, die Anzahl der Schülerinnen, die zurzeit ihre Ausbildung an den Schulen absolvieren

¹⁸ AJ = Ausbildungsjahr

und die Planstellen der Lehrerinnen für Hebammenwesen. Man kann anhand der tabellarischen Darstellung erkennen, dass die Anzahl der Schülerinnen und die Planstellen für die Lehrerinnen, je nach Schule, stark divergieren. Pro Hebammen-Lehrerin-Planstelle werden, je nach Schule, zwischen 8 und 24,3 Schülerinnen betreut. Dies war zu erwarten, da Zoege (2004) mit ihrer ersten wissenschaftlichen Arbeit in Deutschland zum Hebammenwesen hierzu bereits berichtete.

Tabelle 3: Lehrerinnenbetreuung der Probandinnen der qualitativen Analyse

Schule	Pro-bandin	Anzahl der Schüler-innen	Lehrer-innen Plan-stellen	Beteiligung der Lehrerinnen an der prakt. Ausbildung im Kreißaal der Ausbildungsorganisation	Beteiligung der Lehrerinnen an der prakt. Ausbildung in externen Kreißsälen
Schule 1	B1	26	2	Unregelmäßig, nicht jede Schülerin wird betreut	Unregelmäßig, nicht jede Schülerin wird betreut
Schule 2	B3, B4	50	3	Unregelmäßig, nicht jede Schülerin wird betreut	Unregelmäßig, nicht jede Schülerin wird betreut
Schule 3	B5	30	1,5	Unregelmäßig, nicht jede Schülerin wird betreut	Werden nicht extern eingesetzt
Schule 4	B6, B7	15	1,2	Regelmäßig, nicht jede Schülerin wird betreut	Regelmäßig, jede Schülerin wird betreut
Schule 5	B8	16	2	Regelmäßig, jede Schülerin wird betreut	Regelmäßig, jede Schülerin wird betreut
Schule 6	B9, B10, B11	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe
Schule 7	B12, B13, B14	39	3 (á 100)	Regelmäßig, jede Schülerin wird betreut	Regelmäßig, jede Schülerin wird betreut
Schule 8	B15, B16	56	2,3	Unregelmäßig, nicht jede Schülerin wird betreut	Unregelmäßig, nicht jede Schülerin betreut
Schule 9	B17, B18, B19, B20, B21	40 (Durch die Umstellung des Ausbildungsbeginns)	3	Regelmäßig, jede Schülerin wird betreut	Werden nicht extern eingesetzt

Die Lehrerinnen wurden gebeten eine Einschätzung zu treffen bezüglich ihrer Beteiligung an der praktischen Ausbildung im Kreißaal der Ausbildungsorganisation und der externen Kreißsälen. Hierbei konnten Sie wählen zwischen: „*Regelmäßig, jede Schülerin*“, „*regelmäßig, aber nicht jede Schülerin*“ und „*unregelmäßig, nicht jede Schülerin*“. Die Lehrerinnen der Schulen 5, 7 und 9 gaben an, dass sie jede Schülerin regelmäßig im Kreißaal der Ausbildungsorganisation betreuen. Auch bei externen Einsätzen betreuen die Lehrerinnen der Schulen 5 und 7 jede Schülerin regelmäßig. In der Schule 9 werden die Schülerinnen nicht extern eingesetzt. Die Lehrerinnen der Schule 4 betreuen auch regelmäßig die

Schülerinnen im Kreißsaal der Ausbildungsorganisation, aber nicht jede Schülerin. Die Schulen 1, 2, 3 und 8 gaben an, die Schülerinnen im Kreißsaal der Ausbildungsorganisation unregelmäßig und auch nicht jede Schülerin zu betreuen.

Die Beteiligung der Lehrerinnen an der praktischen Ausbildung in externen Kreißsälen wurde wie folgt eingeschätzt: Die Schulen 4, 5 und 7 betreuen jede Schülerin regelmäßig bei externen Kreißsaaleinsätzen. Von den Schulen 1, 2 und 8 wurde angegeben, dass sie unregelmäßig und nicht jede Schülerin betreuen. In den Schulen 3 und 9 werden die Schülerinnen nicht in externen Kreißsälen eingesetzt. Die Schule 6 machte zu keiner der Fragen eine Aussage. Es folgt eine tabellarische Übersicht (Tab. 4) der Planstellen im Kreißsaal und der Anzahl der Geburten.

Tabelle 4: Kreißsaalsituation und Supervisionsangebot für die Probandinnen der qualitativen Studie

Schule	Probandin	Planstellen Kreißsaal	Anzahl der Geburten 2007	Sectorate im KRS der Ausbildungsorganisation in Prozentangaben	Praxisanleiterin im Kreißsaal ¹⁹	Supervision für Schülerinnen
Schule 1	B1	16,5	1568	32,5	2	Nein
Schule 2	B3, B4	14,0	1376	Keine Angabe	4 – davon 2 in Weiterbildung	Nein
Schule 3	B5	11,18	1478	24,6	4	Nein
Schule 4	B6, B7	12,5	1304	27,8	Nein	Nein
Schule 5	B8	Keine Angabe	ca. 6000	25,0 (in allen Häusern)	ca. 4	3 x jährlich
Schule 6	B9, B10, B11	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe
Schule 7	B12, B13, B14	Haus A: 14,55 Haus B: 14,0 Haus C: 12,0	Haus A: 1800 Haus B: 1600 Haus C: 1400	30-35	3 Kreißsäle: 2 ausgebildete und 1 nicht ausgebildete PA	Nein
Schule 8	B15, B16	15,5	1800	18	2	Nur als Weiterbildung
Schule 9	B17, B18, B19, B20, B21	15,5	1996	33	1 plus eine 25% Stelle von der Schule + 1 Mentorin	Nein

Die Angaben variieren hier stark. Schule 7 gibt an, dass das Haus A mit 1800 Geburten über 14,55 Planstellen verfügt, während Schule 2 bei 1376 Geburten schon 14,0 Planstellen zur Verfügung hat. Die Schule 6 macht hierzu keine

¹⁹ Bezieht sich auf den Kreißsaal der Ausbildungsorganisation außer bei Schule 7

Angaben. Weiterhin wird Angabe der Kaiserschnitt in Prozenträte aufgezeigt, diese reicht von 18% - 35%. Die Spannweite der Anzahl der Hebammen, die über eine Weiterbildung zur Praxisanleiterin verfügen, reicht von null bis maximal vier. Eine Supervision bekommen die Schülerinnen nur in der Schule 5 angeboten. Als individuelle Weiterbildung ist dies in der Schule 8 möglich. Alle anderen Schulen bieten keine Supervision an. Alle Schulen bejahen (außer Schule 6: keine Angabe) die Frage, ob den Kreißsälen die Ausbildungsziele der Hebammenschülerinnen in schriftlicher Form vorliegen, diese Information wurde nicht in die tabellarische Darstellung mit aufgenommen.

Die Frage, ob die Hebammenschülerinnen im Kreißaal von einer Hebamme nach einem praktischen Einsatz beurteilt werden, wird wie folgt beantwortet: Die Schule 6 macht zu dieser Frage keine Angaben. Die Schule 7 vermerkte hierzu, dass es wohl ein Feedbackgespräch gebe, eine Beurteilung nach Noten nicht stattfindet, außer nach der Probezeit. Alle anderen Schulen bejahen diese Frage.

Alle Schulen (außer Schule 6) bestätigen, dass es ein Gespräch gibt zwischen Hebammen und Hebammenschülerinnen bezüglich der Kreißaal-Beurteilung. Ein Gespräch zwischen Schule und Schülerin bezüglich der Beurteilung im Kreißaal findet in den Schulen 1, 4 und 5 statt. Bei Schule 2 nur bei Bedarf und bei Schule 3 und 6 ebenfalls bei Bedarf oder einer schlechten Beurteilung. Schule 7 gibt an, dreimal in der Ausbildung ein Schülerinnengespräch für Theorie und Praxis zu führen. Schule 6 hat keine Angabe hierzu gemacht.

4.5.3 Motivation für die Berufswahl

Bei der Frage nach der Motivation für die Berufswahl zur Hebamme werden im Folgenden alle Gründe, die die Probandinnen genannt haben, aufgezeigt (Tab. 5). Am häufigsten wurden Gründe genannt, die inhaltliche Merkmale bzw. Aspekte der Hebammenarbeit beschreiben (z. B: „Mit Frauen arbeiten“ oder „Schwangerschaft und Geburt“). An zweiter Stelle wurde als Entscheidungsbegründung für die Berufswahl das vorgeschaltete Praktikum oder Einblicke in die Hebammenarbeit durch den ersten Beruf genannt. Der Wunsch einen sozialen bzw. helfenden Beruf zu ergreifen oder emotionale Erlebnisse während des Praktikums, die den Entschluss für die Berufswahl beeinflussten, wurde an dritter Stelle genannt. An vierter Stelle spielen die Rahmenbedingungen des Hebammenberufes eine Rolle,

wie beispielsweise die Möglichkeit, freiberuflich oder global arbeiten zu können. An fünfter Stelle wird die Entscheidungsfindung für die Berufswahl durch Beratung/Gespräche beschrieben. Einmal – und damit an sechster Stelle – erläuterte eine Schülerin, dass der Hebammenberuf, der einzige Beruf sei, von dem sie sich vorstellen könne, ihn ein Leben lang auszuführen.

Tabelle 5: Motivation für die Berufswahl der Probandinnen der qualitativen Studie

Inhalt und Aspekte der Hebammenarbeit	17
Praktika oder zuerst gelernter Beruf	13
Sozialer, helfender oder emotionaler Grund	10
Rahmenbedingungen der Hebammenarbeit	6
Beratung / Gespräche zur Berufsfindung	2
Einziges Beruf, den man ein Leben lang ausführen möchte	1

Der Grund für die Hinterfragung der Motivation für die Wahl des Hebammenberufes, war ein Gedanke, dass vor allem diejenigen Schülerinnen unter der Ausbildungsbelastung leiden, deren Motivation sich auf den helfenden oder sozialen Aspekt begründet (vgl. Enzmann & Kleiber 1989:63). Der helfende, soziale oder emotionale Aspekt wird auch von den Schülerinnen genannt (10).

Die meisten Angaben der Schülerinnen für die Motivation, den Hebammenberuf zu erlernen, lassen erkennen, dass sie sich aufgrund der berufsspezifischen inhaltlichen Tätigkeiten oder Aspekte für den Hebammenberuf entschieden haben: Inhalt und Aspekte der Hebammenarbeit (17), Praktika oder Berufsausbildung (13) und den Rahmenbedingungen der Hebammenarbeit (6).

Nachdem die Schülerinnen, die Ausbildungsorganisation und die Motivation der Schülerinnen für die Wahl des Hebammenberufes vorgestellt wurden, beschäftigen sich die nächsten Kapitel mit den Ergebnissen der wahrgenommenen Belastungsmomente. Das folgende Kapitel beschreibt die Ergebnisse und deren Diskussion zu den Belastungsmomenten, die der Kategorie *Organisation* und *Kommunikation* angehören.

4.5.4 Organisation und Kommunikation

Zur Organisation einer Ausbildung gehören mehrere Akteure. Die Wichtigsten – für diese Arbeit - sind die Schülerinnen, die Hebammenlehrerinnen und die Hebammen

im Kreißsaal. Die Qualität der Organisation steht und fällt mit der Kommunikation der Akteure. In diese Kategorie wurden also die Ergebnisse mit aufgenommen, die sich auf die Organisation oder die Kommunikation der Akteure, die für die Organisation nötig ist, beziehen, beispielsweise die Einschätzung der Schülerin über die Qualität und Nutzen eines Abschlussgesprächs im Kreißsaal nach einem Einsatz. Im Folgenden werden alle wesentlichen Ergebnisse hierzu beschrieben. Die Ergebnisse werden, wegen der besseren Übersicht, tabellarisch (Tab. 6 und 7) dargestellt und im Anschluss diskutiert.

Tabelle 6: Angaben der Probandinnen B1-B11 der qualitativen Analyse zu Belastungen der „Organisation und Kommunikation“

	B1	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11
Schichtübergabe getrennt										
Hebammen haben zu wenig Zeit für die Schülerinnen	X					X		X		Nein, aber Heb. unmotiviert
Nicht genügend Zeit im Kreißsaal zum Lernen								X		
Unsicherheit über Anzahl, Vorhandensein oder abweichende Angaben zur Schule bezüglich Praxisanleitung		X	X		X			X		
Praxisanleitung hat Vorteile			X				X	X		X
Mehr Anleitung gewünscht	X		X		X		X	X	X	X
Mehr Anleitung gewünscht („Alice“)	X		X		X					
Eigeninitiative erforderlich	X	X		X				X	X	X
Mehr Feedback gewünscht			X	X		X	X	X		X
Beurteilungsgespräche finden häufig nicht statt oder fallen ganz aus		X						X	X	X
Beurteilungsgespräch zwischen Hebamme und Schülerin im Kreißsaal Antwortmöglichkeit 1-10 (1= sehr schlecht – 10= sehr gut)	5	10	9	8	7	3	10			
Organisation und Kommunikation zwischen Kreißsaal und Schule Antwortmöglichkeit 1-10 (1= sehr schlecht – 10= sehr gut)	7	7	9	9	5	7	5	9	6	6
Theorie-Praxis-Transfer negativ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Quantitative Überforderung				X				X	X	
Qualitative Überforderung	X	X		X	X	X	X	X		X

Tabelle 7: Angaben der Probandinnen B12-B21 der qualitativen Analyse zu Belastungen der „Organisation und Kommunikation“

	B 12	B 13	B 14	B 15	B 16	B 17	B 18	B 19	B 20	B 21	Sum- me
Schichtübergabe getrennt				X	X						2
Hebammen haben zu wenig Zeit für die Schülerinnen	X	X			X	Nein, aber un- motivie rt	X	X	Nein, aber un- motiviert	Nein, aber un- motivier t	8/4
Nicht genügend Zeit im KRS zum Lernen	X		unter- schiede lich	X	X				unter- schiedlic h		4/2
Unsicherheit über Anzahl, Vorhandensein oder abweichende Angaben zur Schule bezüglich Praxisanleitung			X	X	X	X				X	9
Praxisanleitung hat Vorteile	X	X	X	X	Nei n	X	X	X	X	X	13
Mehr Anleitung gewünscht	X	X	X	X	X		X	X	X	X	16
Mehr Anleitung gewünscht („Alice“)	X	X	X		X	X	X				9
Eigeninitiative erforderlich	X	X	X	X		X		X	X	X	14
Mehr Feedback gewünscht	X		X	X	X	X	X		X	X	14
Beurteilungsgesprä che finden häufig nicht statt oder fallen ganz aus						X		X	X		7
Beurteilungsgesprä ch zwischen im Hebamme und Schülerin Antwortmöglichkeit 1-10 (1= sehr gut – 10= sehr schlecht)	7	8	9	7	4		9		7	6	MW= 7,3
Organisation und Kommunikation zwischen Kreißsaal und Schule Antwortmöglichkeit 1-10 (1= sehr gut – 10= sehr schlecht)	4		9	5	5	6	6	7	4	4	MW= 6,3
Theorie-Praxis Transfer negativ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	20
Quantitative Überforderung	X			X			X				6
Qualitative Überforderung	X	X				X	X			X	13

Zwei Schülerinnen gaben an, dass die Schichtübergabe in dem Kreißsaal getrennt nach Schülerinnen und Hebammen erfolgen. Beide Schülerinnen gehören derselben Ausbildungsorganisation an. Obwohl diese Tatsache nur zwei Schülerinnen betrifft wird sie aufgezeigt, weil die Informationsweitergabe bei Schichtwechsel einen entscheidenden Kommunikationsmoment in der Organisationsstruktur darstellt. Die Informationsübergabe bei der Schichtübergabe ist für die Hebammen und Schülerinnen wichtig, um die relevanten Informationen über die zu betreuenden Frauen/Paare zu erhalten. Häufig ist nicht genügend Zeit, um im Anschluss an die Übergabe die Akte der zu betreuenden Frauen zu studieren. Die Informationen bei der Schichtübergabe sind vielfältig: Allergien, bisheriger Geburtsverlauf, Wünsche der Frau, vorherige Geburten und soziale Begebenheiten sind hier nur ein paar Beispiele der Themen, deren Informationen bei der Schichtübergabe von Bedeutung sein können. Die Schülerinnen müssen daher lernen, relevante Daten strukturiert wiederzugeben.

Acht Schülerinnen beschreiben, dass die Hebammen im Kreißsaal zu wenig Zeit für die Schülerinnen haben. Vier Schülerinnen glauben, dass die Hebammen genügend Zeit haben aber zu unmotiviert seien, um sich den Schülerinnen zu widmen. Vier Schülerinnen verneinten die Frage, ob sie im Kreißsaal genügend Zeit zum praktischen Lernen haben. Zwei Schülerinnen gaben an, dass sie das „unterschiedlich“ wahrnehmen. Diese Aussagen legen eine Betrachtung der Planstellen und der Geburtenzahl nahe, um zu erkunden, ob die Hebammen in diesen Kreißsälen eventuell deutlich belasteter sind. Hierbei lässt sich ermitteln, dass pro Planstelle eines Kreißsaales zwischen 95 und 132 Geburten anfallen.²⁰ Die Schülerinnen, die Angaben darüber machten, dass die Hebammen zu wenig Zeit für die Schülerinnen haben, sind nicht den Häusern zuzuordnen, die eine überdurchschnittliche Geburtenzahl pro Planstelle aufweisen. Es wird daher vermutet, dass der generelle Arbeitsanfall der Hebammen im Kreißsaal zu diesem Ergebnis führt und die Planstellenberechnungen nicht dem Arbeitsanfall entsprechen. Ein Indiz für diese These liefern die Ergebnisse aus der Studie von Güntert et al. (1993). In dieser Studie wurden 615 Kreißsaal-Hebammen gebeten, Angaben über Anforderungen und Belastungen zu machen. Als belastend wurden genannt: „Unregelmäßiger Arbeitsanfall“ und „Unregelmäßige Arbeitszeit“ (53%), körperlich schwere Arbeiten (52%), Unterbrechungen (50%), Zeitdruck (48%),

²⁰ Eine Richtlinie für den Personalschlüssel von Hebammen im Kreißsaal ist der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft empfohlene Stellenschlüssel von 1 Hebamme auf 118 Geburten (DKG 1992).

Spannungen mit anderen Berufsgruppen (41%), Spannungen mit dem eigenen Team (39%) und auch die Übernahme fachfremder Tätigkeiten (38%).

Neun Schülerinnen waren unsicher ob, beziehungsweise wie viele Hebammen im Kreißsaal eine Zusatzausbildung zur Praxisanleiterin haben oder die Angaben der Schülerinnen waren nicht identisch mit denen der Schule. Dies lässt nicht nur einen Mangel an Kommunikation erkennen, sondern auch, dass die Praxisanleitung im Kreißsaal keine Priorität bei der Ausbildungsorganisation hat. Es zeigt aber auch, dass es wenige Hebammen gibt, die Interesse an der Ausbildung von Schülerinnen haben.

Dreizehn Schülerinnen bejahten die Frage, ob es von Vorteil für den Lernerfolg sei, mit einer Hebamme zu arbeiten, die eine Weiterbildung als Praxisanleiterin absolviert hat. Sechzehn Schülerinnen bejahten die Frage, ob sie sich mehr praktische Anleitung im Kreißsaal wünschen. Der Bedarf nach mehr Praxisanleitung wurde bestätigt durch eine – im Interviewverlauf – zeitlich verzögert Frage: „Wenn Sie Alice im Wunderland der Hebammenschülerinnen wären und Sie eine Sache aus dem Wunderland mitnehmen dürften, um die jetzige Ausbildungssituation sofort zu verbessern, was würden Sie mitnehmen?“ Neun der Schülerinnen wünschten sich mehr Praxisanleitung. Eine Schülerin aus dem letzten Ausbildungsjahr beschreibt das praktische Lernen im Kreißsaal wie folgt:

B9: „Also, wir kriegen das in der Schule gezeigt und es wird auch gemacht, anhand unserer Schulleitung, die sich hinlegt und uns üben lässt. Im Kreißsaal wird erwartet, dass man das dann selbst umsetzt. Da kriegt man das nicht nochmal gezeigt. Wenn man Glück hat und an eine Hebamme gerät, die das selbst macht oder bestimmte Handlungen, die wir dann in der Theorie gelernt haben, dann nochmal zeigt, das ist eher selten. Was in der Schule gezeigt wird, wird erwartet, dass man das in der Praxis selbst umsetzt.“

Letztendlich dient die praktische Ausbildung zur Befähigung der Schülerinnen, eigenständige Entscheidungen – insbesondere in schwierigen Situationen - treffen zu können und entsprechend zu handeln. Dass der Mangel an Praxisanleitung zu Verunsicherung bei den Hebammenschülerinnen führt und sie sich dadurch schlecht auf ihre zukünftige Hebammen-Funktion vorbereitete fühlen, wird in der Arbeit von Chamberlain (1997:90) aufgezeigt. Der Zeitfaktor für die mangelnde Praxisanleitung wurde von einigen Schülerinnen angeführt. Vierzehn Schülerinnen versuchen durch Eigeninitiative die mangelnde Praxisanleitung auszugleichen.

B13: „Also, so anfangs mit den Leopoldschen Handgriffen...da ist halt der Zeitfaktor im Kreißsaal sehr schwierig...Symphysenfundusabstand...wird einfach nicht gemacht bei uns...oder Leibesumfang, weil das bringt ja nix, wenn man es einmal macht. Das muss man ja im Verlauf dann sehen. Beim Frauenarzt wird es gar nicht gemacht, deshalb macht es der Kreißsaal auch nicht. Und dann der Zeitfaktor...dass es einfach untergeht. Da muss man echt Eigeninitiative zeigen, dass man es dann macht.“

Dass eine starke Eigeninitiative der Schülerinnen in vielen Fällen erforderlich zu sein scheint, um eine Praxisanleitung zu erhalten, wird auch in der Arbeit von Hellmers (2002:8) aufgezeigt. Hinsichtlich einer mangelnden Praxisanleitung, kaum bis keine ausgebildeten Hebammen für die Praxisanleitung und zu wenig Zeit in den Ausbildungs-Kreißsälen, ist es kaum verwunderlich, dass vierzehn Schülerinnen sich mehr Feedback wünschen. Über zu wenig Feedback in der praktischen Ausbildung von Hebammenschülerinnen berichtete bereits Currie (1999). Die praktische Anleitung und das damit verbundene Feedback stärkt das Selbstbewusstsein und fördert das persönliche Wachstum. Eine Reihe von Schülerinnen antwortete auf die Frage, ob sie ausreichend Feedback bekommen, dass sie häufig kritisiert werden aber ein konstruktives Feedback kaum erfolgt. Die Interviews machten auch deutlich, dass mit dem Feedback auch der Wunsch nach Lob und Anerkennung verbunden war. Eindrücklich beschreibt eine Schülerin den Wunsch und die Auswirkung von positiver Rückmeldung auf den Leistungs-Outcome der Schülerinnen:

I: „Bekommen Sie ausreichend Feedback für Ihre praktische Leistung im Kreißsaal von den Hebammen?“

B16: „Im negativen Sinne ja.“

I: „Im negativen heißt: Kritik ja und positives Feedback?“

B16: „Wenig bis gar nicht.“

I: Würden Sie sich das wünschen?“

B16: „Auf jeden Fall.“

I: „Wie geht es Ihnen damit, dass kein, zu wenig Feedback kommt?“

B16: „Das ist demotivierend. Wenn ich mir Kritik anhöre, die auch durchaus berechtigt ist, dann kann ich die umsetzen und verbessern, wenn ich aber...das ist natürlich hebammenabhängig oder teamabhängig...vielleicht sogar auch, und ich habe vier, fünf Tage am Stück mit demselben Team zu tun, wo ich kein positives Feedback bekomme, dann bin ich nicht motiviert arbeiten zu gehen. Dann bin ich auch nicht gut, dann macht man Fehler. Wenn ich positives Feedback bekomme, merke ich okay, ich kann selbständig arbeiten, mir wird was zugetraut, ich kann was machen. Man ist sehr verunsichert ohne positives Feedback. Bei uns ist das sehr stark ausgeprägt, dass wir Schüler eine sehr große Qualitätsschwankung haben, je nachdem mit was für einem Team sie arbeiten.“

Die zeitlichen praktischen Ausbildungseinsätze im Kreißsaal sind von Schule zu Schule unterschiedlich. In der Regel beläuft sich so ein Einsatz auf 4-8 Wochen. Nach dem Einsatz ist ein Beurteilungsgespräch zwischen der Schülerin und einer Hebamme aus dem Kreißsaal angedacht. Wer dieses Gespräch führt, ist auch wieder von Schule zu Schule oder Kreißsaal zu Kreißsaal unterschiedlich. In den meisten Fällen kann sich die Schülerin die Hebamme aussuchen und in aller Regel ist es die Hebamme, mit der die Schülerin am meisten gearbeitet hat. Die Beurteilung wird schriftlich festgehalten und in der Schule nach jedem Einsatz abgegeben. Sieben Schülerinnen beschreiben, dass die Beurteilungsgespräche häufig nicht stattfinden bzw. gar nicht stattfinden. Auch hier ist wieder Eigeninitiative der Schülerinnen gefragt, um ein solches Beurteilungsgespräch zu realisieren.

I: „Hatten Sie schon einmal so ein Gespräch?“

B17: „Nein, weil ich bin fünf Wochen rüber gerannt und wollte noch einmal sprechen, aber die Hebamme war nie da oder hatte nie Zeit. Dann hab ich ihn halt einfach in der Schule abgegeben, weil ich mir gedacht habe: "Auch egal. Der nächste Einsatz kommt und wenn dann noch einmal ein Problem auftritt...dasselbe... dann wird sich das auch klären." Die Schule bespricht es eigentlich gar nicht mit einem durch, außer es ist jetzt massiv schlecht.“

Auf Initiative der amtierenden Bundesdelegierten des BHSR wurde eine Online-Befragung über Sinn und Zufriedenheit von Leistungsbewertung durchgeführt, an der sich 340 Hebammenschülerinnen beteiligten. Als wichtigste Funktion der Leistungsbewertung wurde von 44%, das Feedback über Lernfortschritte erachtet. 199 gaben an, dass sie sich sehr bemühen müssen, um eine Bewertung zu erhalten (vgl. Jeron & Naumann 2010:612). Die Organisation der Hebammenausbildung sieht keine strukturellen oder zeitlichen Rahmenbedingungen vor für die Reflektion der praktischen Ausbildung. Häufig wird der Beurteilungsbogen von einer Hebamme ausgefüllt und der Schülerin einfach nur ausgehändigt. Von den zwanzig Schülerinnen, die für diese Arbeit interviewt wurden, haben zwei Schülerinnen aus dem 1. Ausbildungsjahr und drei Schülerinnen aus dem 3. Ausbildungsjahr ein solches Beurteilungsgespräch noch nicht erlebt. Die Umfrage von Jeron & Naumann (2010:613) bestätigt dies: 135 Schülerinnen gaben an, dass kein Gespräch vorgesehen ist oder es fast nie oder nur selten stattfindet.

Es gibt natürlich auch positive Beispiele für gelungene Kommunikation, die sich auf einzelne Hebammen beziehen. Aber nur eine Schülerin berichtete davon, dass die Kommunikation im Kreißsaal zwischen Hebammen und Schülerin in den Organisationsablauf integriert ist:

B5: „Es wird...also, so sollte es sein...jede Geburt nachträglich besprochen. (...)“

B5: „Also, wir kriegen ja jeden Tag auch eine Übergabe und da wird auf den Schüler eingegangen, wenn der eine Frage hat, das ist gar kein Problem. Also, von der Seite...fühle ich mich wunderbar betreut. (...)“

Die Schülerinnen wurden gebeten die Qualität und den Nutzen dieser Besprechung auf einer Skala von 1-10 zu bewerten (1=sehr schlecht und 10=sehr gut). Eine Schülerin bewertete diese Gespräche mit 3. Drei Schülerinnen bewerteten diese Gespräche zwischen 4-6. Elf Schülerinnen bewerteten das Beurteilungsgespräch zwischen 7-10. Von den fünfzehn Schülerinnen, die ein solches Gespräch geführt hatten, schätzen elf die Qualität und den Nutzen für *gut* bis *sehr gut* ein.

Die Schülerinnen wurden gebeten die Organisation und Kommunikation zwischen Kreißsaal und Schule auf einer Skala von 1-10 bewerten (1=sehr schlecht und 10=sehr gut). Elf Schülerinnen nannten eine Zahl zwischen 4-6. Acht Schülerinnen nannten eine Zahl zwischen 7-9. Einer Schülerin wurde diese Frage im Interview nicht gestellt.

Die Organisation und Kommunikation zwischen der Schule und dem Kreißsaal nimmt einen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Hebammenausbildung. Die Qualität spiegelt sich beispielsweise durch den Theorie-Praxis-Transfer wieder. Es bejahten 8 Lehrerinnen für Hebammenwesen der befragten Schulen, die Frage, ob dem Kreißsaal die Ausbildungsvorgaben für die Schülerinnen in schriftlicher Form vorliegen. Als die Schülerinnen gefragt wurden, ob sie davon Kenntnis haben, welches praktische Wissen von der Schule und/oder dem Kreißsaal vermittelt wird, zeigten die Antworten, dass dies für sie nicht klar ist. Es gibt also keine Transparenz hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung der praktischen Ausbildung. Erschwert wird dieser Umstand durch die Tatsache, dass die Hebammenausbildung inmitten einer risikoorientierten und medikalisierten Geburtshilfe stattfindet.

Hebammenspezifisches Handwerk und die Betreuung nach dem Berufsverständnis von Hebammen stehen hier im Widerspruch zu dieser Entwicklung, dies wird am Beispiel der Leopoldschen Handgriffe deutlich. Die Leopoldschen Handgriffe sind in der Geburtshilfe angewendete klassische Untersuchungsschritte zur Feststellung der vorgeburtlichen kindlichen Lage in der Gebärmutter. Diese werden aber bedingt durch Zeitmangel und zunehmender Technisierung immer seltener durchgeführt.

B20: „(...) wenn die Schule immer sagt zum Beispiel: "Sie müssen das immer und

immer machen. Sobald Sie den Bauch sehen, da müssen Sie hin fassen. Da müssen Sie das machen." Und, es ist in der Praxis schwierig so umzusetzen, weil einfach auch durch die Hebammen im Kreißaal, die sagen dann: "Und jetzt schnell. Leopolds? Nee, das machen Sie jetzt nicht und das können Sie wann anders üben und überhaupt jetzt muss alles schneller und zacki-zacki gehen." Die Schule meint halt wirklich, dass...hier kommt die Frau...ein schwangerer Bauch und da leg ich dann gleich mal meine Hände zum Leopoldschen Handgriff drauf und das ist halt in der Praxis schwer umzusetzen."

Vorschläge, wie man der mangelnden Praxisanleitung und dem schlechten Theorie-Praxis-Transfer in der Hebammenausbildung begegnen kann, hat Bergley (1999) in ihrer Arbeit aufgezeigt. Sie empfiehlt, dass die theoretische Lehre erweitert wird und Theorie und Praxis besser integriert werden. Die klinische Lehre ist während der ganzen Ausbildungszeit notwendig. Außerdem werden ausgebildete Mentoren für die praktische Ausbildung empfohlen. Hellmers (2002) beschreibt spezielle Merkmale für die Praxisanleitung, deren Bedeutungsinhalte getrennt sich nach Hebammen, der Zusammenarbeit von Schülerinnen und Hebammen und der Ausgestaltung der praktischen Anleitung.

Die Aussagen der Schülerinnen wurden auch nach dem Aspekt der qualitativen und quantitativen Überforderung geprüft. Sechs Schülerinnen schilderten eine quantitative und dreizehn eine qualitative Überforderung. Die qualitative Überforderung der Schülerinnen resultiert häufig aus dem konzentrierten Arbeitsanfall im Kreißaal, der nicht vorhersehbar ist. Die Überlastung der Hebammen aufgrund dieser Tatsache, wie von Güntert et al. (1993) aufgezeigt, führt dazu, dass die Schülerinnen sich in Situationen finden, die sie zum Teil deutlich überfordern.

B13: „Dass es manchmal dann so viel ist, dass wir nicht mehr als Schüler angesehen werden, sondern eigentlich als Vollkraft. Das ist manchmal...wenn man dann selber dann denkt so...Muffesausen dann...wo man denkt: "Sch...Was machst du denn jetzt, wenn jetzt noch irgendwas ist?" Wenn man dann weiß, die Hebamme kann nicht kommen, weil sie irgendwo anders festhängt."

Die Ausbildungszeit von 3 Jahren kann auf Antrag auf 2 Jahre verkürzt werden, wenn die Antragstellerin bereits eine pflegerische Berufsausbildung hat (HebG). Aufgrund der vorangegangenen Pflegeausbildung werden diese Schülerinnen oft vollkommen überschätzt und mit Aufgaben betraut, die sie nicht nur überfordern, sondern auch gefährliche Konsequenzen haben könnten.

B12: „(...) Und, was ich schwierig fand, dass eigentlich so gut wie gar keine Schüleranleitung da war, oder keine Zeit dafür war und ich wirklich sehr angewiesen

war darauf. Weil, dadurch dass ich ein Jahr verpasst habe, war es wirklich für mich ein kaltes Wasser...es hieß halt jetzt: "Mach! Mach mal!". Ich sollte eine Frau post partum betreuen und einschätzen, ob die Blutung regelrecht ist und ich hatte ja keine Ahnung was normal ist. Und, mir das einfach zu viel wurde. Ich musste dann immer schauen, dass noch jemand mit drauf guckt und wo ich dachte, das ist einfach schon gefährlich. Aber...keiner wirklich so...auch angehört hat.“

Die Organisation der Lernumgebung birgt die meisten Belastungsmomente für Hebammenschülerinnen während der Ausbildung. Zu diesem Ergebnis kamen Cavanagh & Snape (1997) mit ihrer Studie. Auch in dieser Studie haben die organisatorisch bedingten Belastungen den größten Anteil. Das nächste Kapitel beschäftigt sich mit den Belastungen, die der Kategorie *Kommunikation* und *Hierarchie* zugesprochen werden.

4.5.5 Hierarchie und Kommunikation

Die nachfolgenden Tabellen (8 und 9) geben einen Überblick über das beschriebene Anredeverhalten im Kreißsaal zwischen Schülerinnen und Hebammen und Schülerinnen und ÄrztInnen.

Tabelle 8: Probandinnen B1-B11 – Anredeverhalten im Kreißsaal

	B1	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11
„Du“ obwohl „per Sie“ (Heb)		X	X	X	X	X		X		
Unangenehm?			X					X		
„Du“ obwohl „per Sie“ (Arzt)	X		X			X	X	X	X	
Unangenehm?			X			X		X		

Tabelle 9: Probandinnen B12-B21 – Anredeverhalten im Kreißsaal

	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20	B21	Summe
„Du“ obwohl „per Sie“ (Heb)		X	X	X			X	X			11
Unangenehm?		X		X							4
„Du“ obwohl „per Sie“ (Arzt)	X	X	X								9
Unangenehm?		X									4

Der hierarchische Status als Mittel zur Respektlosigkeit wird von Bergley (2002:229) beschrieben. Sie führte Interviews mit Hebammenschülerinnen zu drei verschiedenen Zeitpunkten während der Berufsausbildung. Die Wahrnehmung der Schülerinnen veränderte sich während der Ausbildung. In den ersten zwei Interviews beschwerten sich die Schülerinnen noch über das System oder einzelne

Hebammen. Im dritten Interview beschreiben die Schülerinnen, dass sie ein hierarchisches System wahrnehmen, das in der Geburtshilfe vorherrscht. In dieser Arbeit beschreibt eine Schülerin – die am Ende der Ausbildung ist – ihre Wahrnehmung über den hierarchischen Status als Mittel zur Respektlosigkeit:

B16: „Genau das. (I: Zu wenig Achtung?). Ja, nicht Beachtung, sondern wirklich Respekt. Also, diese krasse Hierarchie, dass man immer weiß, dass man der Schüler ist. Also, die Faust in der Tasche zu machen, drei Jahre lang, das ist einfach nicht schön. Das muss nicht sein. Man könnte das über Gespräche, Kommunikation regeln, ohne dass man sich entwürdigt fühlen würde. Genau. Das genau würde ich sagen. Nach drei Jahren so ein Gespräch zu führen, das ist nicht gut (lacht).“

Die Anrede einer Person ist Teil der Kommunikation, spiegelt aber unter Umständen auch die hierarchischen Gegebenheiten wieder. In der deutschen Sprache werden in erster Linie Pronomen und Substantive zur Anrede von Personen herangezogen. Die Pronomen für eine Einzelperson sind: *du* (2.Sg.) und *Sie* (3.Pl.). Die zur Verfügung stehenden Substantive werden quasi immer in Verbindung mit denselben Pronomen verwendet: *du* + Vorname; *Sie* + Herr/Frau, eventuell Titel, Nachname. Während *du* reziprok²¹ als ein Ausdruck von Intimität und Solidarität gewertet wird, weist ein reziproker Gebrauch von *Sie* auf ein distanzierteres Verhältnis hin (vgl. Brown & Gilman:1977, 1982).

Die Schülerinnen wurden gefragt, ob es Hebammen im Kreißsaal gibt mit denen Sie *per Sie* sind, von denen sie aber trotzdem mit *du* angesprochen werden, dies bejahten elf Schülerinnen. Nur vier dieser elf Schülerinnen empfinden diese Tatsache als unangenehm. Neun Probandinnen gaben an, dass die Ärzte sie duzen, obwohl man eigentlich *per Sie* ist. Als unangenehm empfinden dies auch nur vier der neun Schülerinnen.

In den Krankenhäusern herrscht ein tradiertes Anredeverhalten. Es ist üblich, dass eine Krankenschwester oder Hebamme mit „Schwester + Vornamen“ angesprochen wird und gesiezt wird. Während der Arzt in der Regel mit „Dr. + Nachnamen“ angesprochen wird. In der Kommunikation von Arzt/Hebamme/Krankenschwester und Schülerin kommt es häufig zu einem nonreziproken Gebrauch des *Sie*, das heißt die Schülerin siezt die Ärztin/Hebamme/Krankenschwester, wird aber von dem/der GesprächspartnerIn in der direkten oder indirekten Anrede geduzt. Dies wird durch das Ergebnis dieser Arbeit bestätigt; elf Schülerinnen bestätigen dieses

²¹ Wird *du/sie* reziprok gebraucht, duzen/siezen sich beide Gesprächspartner. Bei nonreziproker Verwendung siezt eine Person die andere, wird aber selbst geduzt.

Verhalten bei den Hebammen und neun Schülerinnen beschreiben dieses Verhalten bei den Ärzten. Der Statusunterschied wird damit – egal in welcher Absicht – klar betont. In einer positiven Situation und einem freundlichen Gesprächston mag das, für die Schülerinnen, als angenehm empfunden bzw. noch akzeptabel sein. Dies wird auch dadurch deutlich, dass nur jeweils vier Schülerinnen diesen Tatbestand als *unangenehm* empfinden. In einer negativen Gesprächssituation und einem unfreundlichen Gesprächston kann der dadurch hervorgehobene Statusunterschied einen bitteren Beigeschmack bekommen. Die Schülerinnen können sich dagegen eigentlich nicht wehren, weil sie – bedingt durch den Schülerinnenstatus – in einer gewissen Abhängigkeit sind. Eine Schülerin beschreibt hierzu ihr Empfinden:

B9: „Ja, ich finde das nicht in Ordnung. Wenn ich jemanden permanent sieze und der mich permanent duzt, finde ich das nicht okay. Wenn das mal raus rutscht okay (...)“

Die starke hierarchische Struktur in der Geburtshilfe ist kein deutsches Phänomen. Die Hebammenschülerinnen in Irland beschreiben eine Subkultur der Unterordnung in der Geburtshilfe (vgl. Bergley 1999, 2002). Eine mögliche Begründung hierfür sieht Bergley (2002) in der Frauendominanz des Berufes. Frauen haben Kontrolle über Frauen in einer sonst männerdominierten Machtstruktur. Eine Fortsetzung der hierarchischen Strukturen wird durch die Tatsache begünstigt, dass viele Krankenhäuser es bevorzugen, ihre eigenen Auszubildenden einzustellen. Diskutiert wird von Bergley (2002) auch, ob nicht die Hebammen selber, die sich mehr vor Veränderungen fürchten als diese zu wollen, eine Fortsetzung der hierarchischen Struktur begünstigen.

Im nächsten Kapitel werden die Aussagen der Schülerinnen zu der Kategorie *Stimmung* und *Umgang* vorgestellt und diskutiert. In der Geburtshilfe spielt der hierarchische Status oft eine Rolle im Umgang mit anderen Personen und wirkt sich auf die *Stimmung* und den *Umgang* aus. Es gibt daher eine inhaltliche Überschneidung zwischen dieser und der nächsten Kategorie.

4.5.6 Stimmung und Umgang

Um die *Stimmung* und den *Umgang* im Kreißsaal aus Sicht der Hebammenschülerinnen zu erfassen, wurden diese gefragt, wie sie den Umgangston im Kreißsaal wahrnehmen. Im Expertinneninterviews mit der 2. Vorsitzenden des BHSR berichtete diese, dass die Schülerinnen sich häufig im

Kreißsaal nicht wohl fühlen, weil sie von den Hebammen in den Momenten, in denen eine positive soziale Interaktion möglich ist, ausgeschlossen werden. Ein solcher Moment stellt das gemeinsame Frühstück dar, weshalb die Schülerinnen gefragt wurden, ob sie gemeinsam mit den Hebammen frühstücken. Acht Schülerinnen geben an, dass die Hebammen getrennt von den Schülerinnen ihr Frühstück einnehmen. Ein weiterer Aspekt, der *Stimmung* und *Umgang* kennzeichnet ist, die Selbstverständlichkeit, Fragen zu stellen. Die Schülerinnen wurden gefragt, ob sie im Kreißsaal – frei von Angst – Fragen stellen können. Zehn Schülerinnen gaben an, dass sie Angst davor haben im Kreißsaal Fragen zu stellen. Neun Schülerinnen nannten als Gründe für die Angst, unangemessene Reaktionen der Hebammen bis hin zu Beleidigung und Beschimpfungen.

Tabelle 10: Probandinnen B1-B12 – Belastungen „Stimmung und Umgang“

	B1	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12
Negativer Umgangston im Kreißsaal		X	X			X					X
Frühstück getrennt		X	X								
Angst davor, Fragen zu stellen		X	X		X	X		X			X

Tabelle 11: Probandinnen B13-B21 – Belastungen „Stimmung und Umgang“

	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20	B21	Summe
Negativer Umgangston im Kreißsaal				X	X	X			X	8
Frühstück getrennt				X	X	X	X	X	X	8
Angst davor, Fragen zu stellen			X	X			X		X	10

Die hierarchische Struktur nimmt einen Einfluss auf den Umgang und die Stimmung im Kreißsaal. Die Hebamme hat den betreuenden Frauen/Paaren gegenüber eine einseitige Wissens- und Deutungsmacht bezüglich der geburtshilflichen Geschehnisse. Deshalb haben die Umgangsform und der Umgangston ein größeres Gewicht, weil sie im positiven Fall helfen, Unsicherheit und Unwissenheit im Bezug auf die geburtshilflichen Geschehnisse zu mindern. Im negativen Fall kann der schlechte Umgangston ein „fassbares“ Zeichen für den Missbrauch des hierarchischen Status als Mittel zur Respektlosigkeit sein gegenüber der gebärenden Frau, wie hier von einer Schülerin beschrieben:

I: „Wie empfinden Sie den Umgangston im Kreißsaal?“

B12: „Ich erlebe das teilweise einfach so...wie soll ich das sagen...gewalttätig...oder einfach, wie über die Frau geherrscht wird...oftmals sehr schroff.“

I: „Und interdisziplinär...das Personal, wie ist da der Umgangston?“

B12: Also, bei den meisten schon freundlich. Ich finde halt oftmals...wir haben eine sehr forcierte (...) Austreibungsperiode. Wo wirklich mit aller Gewalt...da finde ich es teilweise...schon ein schroffer Umgangston.“

Der Umgangston ist auch geprägt von der Spannung und dem Stress im Kreißsaal, der sich an der falschen Stelle entladen kann, wie von einer Schülerin berichtet wird, die über ihren zweiten Tag im Ausbildungskreißaal Folgendes berichtet:

B18: (...) Es wurden Horrorgeschichten erzählt, natürlich, wie schlimm es da ist und das Alle nur böse sind aber das habe ich jetzt eigentlich gar nicht so empfunden. Dass ist halt nur in Stresssituationen, dass man halt richtig mal...also wir hatten den zweiten Tag und wir mussten halt echt selbständig sein ohne Ende. Wir wussten eigentlich noch gar nicht Bescheid und dass dann manche Hebammen richtig, richtig böse werden, wenn man die irgendwie anspricht. Die werden dann halt total ausfallend teilweise und man steht dann da und muss sich jetzt das Heulen verkneifen (lacht). Die meinen das vielleicht gar nicht so, wie das dann rüber kommt und die hat sich dann auch entschuldigt...die Hebamme...hinterher...aber also...ich fand das schon krass in dem Moment.

Die Schülerinnen in der Arbeit von Bergly (2002:225) berichten über eine *unwelcoming atmosphere* in der Geburtshilfe, dies bestätigt sich auch in dieser Arbeit. Die oben dargestellte Ergebnistabelle zeigt, dass von den zehn Schülerinnen, die den Umgangston im Kreißsaal negativ beschrieben hatten, acht angegeben haben, dass sie Angst davor haben im Kreißsaal Fragen zu stellen. Von den acht Schülerinnen, die Angst haben Fragen zu stellen, gaben sechs an, dass sich dies in Abhängigkeit mit bestimmten Hebammen so verhält, dies beschreibt auch eine Schülerin:

I: „Können Sie im Kreißsaal, frei von Angst, Fragen stellen?“

B15: „(...) Also wenn ich merke, die Hebamme ist halt immer grantig und da darf man sich keinen Fehler erlauben und so weiter...da will ich auch gar nicht nachfragen, weil ich mir denke dann kommt irgendeine ruppige Antwort und sie interessiert es im Grunde genommen auch gar nicht, ob es mich weiter bringt oder nicht, und da frage ich auch gar nicht nach. Da frage ich lieber jemand anderen, wo ich weiß der gibt mir eine ruhige sachliche Antwort und...was mich persönlich auch weiter bringen wird.“

Schwarzerer (1993) beschreibt Angst als „ein unangenehmes Gefühl, das in Situationen auftritt, die als bedrohlich eingeschätzt werden.“ Es gibt individuelle Unterschiede in der Einschätzung dessen, was als bedrohlich erfahren wird. Die Bandbreite der als bedrohlich erlebten Umweltreize ist subjektiv unterschiedlich. Dies hängt auch von der persönlichen Angstneigung ab. Deshalb wird zwischen Angstzustand und der Ängstlichkeit unterschieden. Bei der Ängstlichkeit handelt es

sich um ein Persönlichkeitsmerkmal, während der Angstzustand eine momentane Reaktion darstellt. Die Leistungsangst resultiert aus Furcht vor Misserfolg angesichts von Leistungsanforderungen. Die klassische Interpretation von Leistungsangst ist, dass Minderleistung auf ängstliche Erregung zurückzuführen ist (vgl. Schwarzer 1993:100ff). Bei der Beschreibung von sozialer Angst wird die Selbstwertbedrohung als zentrales Element beschrieben. Selbstwertbedrohung beinhaltet Scham, Verlegenheit, Schüchternheit und Publikumsangst (vgl. Buss 1980, in: Schwarzer 1993:104). Diese Aspekte sind in der Regel unterschiedlich belegt. Wenn Leistung in einem sozialen Kontext erbracht wird – was häufig der Fall ist – sind die Grenzen zwischen sozialer Angst und Leistungsangst fließend. In diesem Fall ist der Selbstwert bedroht, wie diese Schülerin beschreibt:

I: „Können Sie im Kreißsaal frei von Angst Fragen stellen?“

B16: „Nein.“

I: „Wo vor haben Sie Angst?“

B16: „Ja...vor den Reaktionen: "Das ist sinnlos.", "Das ist totaler Schwachsinn.", "Das hättest Du schon längst wissen müssen.", "Dass das nicht sein kann, das Du das nicht weißt." Solche Dinge ja. Manchmal...ich bin jetzt nicht ängstlich aber ich habe auch keine Lust dann, mir das dann anzuhören. Also, das kommt darauf an...manchmal gibt es ja so Fragen, die sind ganz fallbezogen, wo man nachfragen muss. Es gibt ja auch bestimmte Dinge, vielleicht nicht Routinedinge, die man einfach jetzt nicht drauf hat, wo man sagt: "Wie macht man noch mal einen Bolus zurecht? Habe ich jetzt drei Monate nicht gemacht." Da würde ich nicht zur Hebamme gehen. Würde ich schauen, dass ich einen Mitschüler finde, der da mal schnell noch mal sagen kann, wie viel von wem da noch mal reinkommen. Also, als Beispiel. Der erste Weg wäre nicht zur Hebamme.

Ein anderer Aspekt, der die Stimmung darstellen kann, ist das gemeinsame Frühstück. Das gemeinsame Frühstück bietet die Möglichkeit, sich persönlich kennenzulernen und auch über privatere Themen auszutauschen. Es erscheint so, dass gemeinsame Mahlzeiten Barrieren aufbrechen, nicht umsonst hat diese Tatsache eine gewichtige Funktion in unserer Gesellschaft (vgl. Bergly 2002:225). Von den acht Schülerinnen, die angegeben haben, getrennt von den Hebammen zu frühstücken, haben fünf auch angegeben, „Angst davor zu haben, im Kreißsaal Fragen zu stellen“. Die Tatsache, dass man nicht gemeinsam das Essen einnimmt, scheint einen Einfluss zu nehmen auf die Beziehung und auf das Vertrauensverhältnis zwischen Hebammen und Schülerinnen.

I: „Frühstücken die Hebammen und die Schülerinnen gemeinsam?“

B4: „Nein.“

I: „Würden Sie sich das wünschen?“

B4: „Ja. Wir dürfen noch nicht einmal in den Frühstückraum, wo sie frühstücken, rein. Also, wir müssen entweder uns in die Cafeteria setzen (...) Aber im Kreißaal selbst dürfen wir nicht frühstücken. Das möchten die Hebammen nicht.“

In der Arbeit von Reime (2000:495) zeigte sich, dass die subjektiven Belastungen der Hebammenschülerinnen genauso stark sind, wie in einer Vergleichsgruppe von 230 Hebammen mit durchschnittliche 13,4 Jahren Berufserfahrung. Als Grund für die starke Belastung der Schülerinnen wurde die fachlich unzureichende und menschliche entwürdigende Ausbildungssituation, aus den Fragebogenkommentaren, identifiziert. Das Ergebnis von Reime spiegelt sich auch in dieser Arbeit wieder.

4.6 Zusammenfassung

Die meisten Belastungsmomente in der qualitativen Arbeit finden sich in der Kategorie *Organisation und Kommunikation*. Diese ist geprägt von den strukturellen Rahmenbedingungen der Ausbildungsorganisation, welche sehr unterschiedlich sind. Beispielsweise kommen auf jede Planstelle einer Lehrerin für Hebammenwesen, je nach Schule, zwischen 8 und 24,3 zu betreuende Schülerinnen. Eine regelmäßige Betreuung der Schülerinnen im praktischen Ausbildungseinsatz kann nur von 3 Schulen geleistet werden. Die Betreuung der praktischen Ausbildung im Kreißaal wird von den Schülerinnen als mangelhaft erlebt. Es fehlt an ausgebildeten Praxisanleiterinnen und einer ausbildungsfreundlichen Kommunikationsstruktur. Drei Viertel der Schülerinnen beschreiben qualitative Überforderungsmomente im Kreißaal.

In der Kategorie *Hierarchie und Kommunikation* beschreiben die Interviewaussagen der Schülerinnen ganz klar eine hierarchische Struktur in den Ausbildungskreißälen. Die von Bergley (2002) beschriebene Subkultur der Hierarchie in der englischen Geburtshilfe bestätigt sich auch für die deutsche Geburtshilfe. Für die Schülerinnen ist quasi jede Hebamme im Kreißaal eine „Vorgesetzte“, deren Weisungen sie befolgen. Zwischen den Hebammen im Kreißaal und den gebärenden Frauen/Paaren und Schülerinnen gibt es eine Machtasymmetrie, die auf Wissen und Hierarchie beruht. Wird der hierarchische Status als Mittel zur Respektlosigkeit verwendet, ist das ein verletzender Umgang mit Schutzbefohlenen.

Die hierarchischen und kommunikativen Gepflogenheiten wirken sich natürlich auf die wahrgenommene *Stimmung und Umgang* aus. Es ist in der Regel das Benehmen einzelner Hebammen, das zu Belastungsmomenten führt. Allerdings sind die Tatsachen, dass in einem Kreißsaal die Schülerinnen nicht mit den Hebammen gemeinsam frühstücken und die Schichtübergabe getrennt vom Hebammen-Team stattfindet (siehe Kategorie: *Hierarchie und Kommunikation*), nicht auf einzelne Hebammen zurückzuführen, sondern hier herrscht zumindest eine „Binneneinigkeit“ der Hebammen über den Ausschluss der Schülerinnen in den beschriebenen Situationen. Dass diese Ausbildungskreißsäle keine vertrauensgewinnende Ausbildungsumgebung bieten, wird durch die Tatsache bestätigt, dass die Schülerinnen vornehmlich in diesen Kreißsälen Angst davor haben, Fragen zu stellen.

Die Probandinnen wurden nach ihrer Motivation zur Berufswahl gefragt und haben, bedingt durch die möglich Mehrfachnennung, 49 Gründe genannt, hiervon waren 36 Gründe der inhaltlichen Arbeit oder den Rahmenbedingungen des Hebammenberufs zuzuordnen. Vielleicht ist es ihrer Motivation zu verdanken, dass sie alle, trotz der vielerorts schwierigen Ausbildungsbedingungen und der mangelhaften praktischen Ausbildungssituation, die Frage, ob sie den Beruf wieder wählen würden, bejahten. Aber, es scheint ein mühsamer Weg zu sein, denn vierzehn Hebammen-Schülerinnen leiden häufig unter Müdigkeit.

Die qualitative Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Schülerinnen im Kreißsaal vielen Belastungsmomenten ausgesetzt sind. Die Einschätzung der Expertinnen (siehe 4.3.2 und 4.3.3), dass die praktische Ausbildung im Kreißsaal, von den Schülerinnen häufig als belastend erlebt wird, konnte mit dieser Arbeit betätigt werden. Hinsichtlich des Ergebnisses stellte sich die Frage, ob diese Belastungen zu einer negativen Beanspruchung führen. Deshalb wurde eine repräsentative quantitative Studie mit standardisierten Instrumenten erhoben an einer statistisch signifikanten Zufallsstichprobe.

5 Quantitativen Studie

5.1 Untersuchungsdesign

Die Experteninterviews und die darauffolgende qualitative Erhebung mit Fokus auf die Belastungen im Kreißsaal lassen eine klare negative Beanspruchung der

Probandinnen in den untersuchten Kategorien (1) *Organisation und Kommunikation*, (2) *Hierarchie und Kommunikation* und (3) *Stimmung und Umgang* erkennen (s. Kapitel 4).

Um ein repräsentatives Bild über die Belastungen und die Beanspruchung der Hebammenschülerinnen zu bekommen sollte eine bundesweite Befragung durchgeführt werden. Die Rekrutierung der Probandinnen erfolgte durch die Kontaktaufnahme mit den Hebammenschulen. Es wurden alle 41 (von 57) Hebammenschulen in Deutschland telefonisch kontaktiert, die 2008 mit einem Ausbildungslehrgang starteten, um möglichst viele Schulen aus verschiedenen Bundesländern für die Teilnahme zu gewinnen. Die Anzahl der Ausbildungsplätze in den Lehrgängen, die im Jahr 2008 angingen, betrug ca. 700. An der Längsschnittstudie (Panel) beteiligten sich vierzehn Hebammenschulen aus 9 Bundesländern. Der Gesamtstichprobe (N = 222) wurden drei standardisierte Fragebögen bei der ersten Erhebung (T1) und die gleichen Fragebögen nach einem Jahr (T2) wiederholt vorgelegt. Die verwendeten Fragebögen sind:

1. Der Burnout Measure (BM); hinterfragt die psychische Befindlichkeit,
2. die Beschwerdeliste (BL und BL'); hinterfragt die physische und psychische Befindlichkeit und
3. ein Fragebogen zur Erfassung der salutogenen Persönlichkeitsvariable: Sense of Coherence (Kurzskala - SOC L-9).

Ziel der Arbeit war es zu prüfen, ob und wie beanspruchend die Hebammenschülerinnen die bisherige Zeit der Berufsausbildung erlebten und welche subjektiven Belastungen die Schülerinnen erfahren. Aufgrund der Ergebnisse in der qualitativen Studie wird eine negative Beanspruchung der Probandinnen vermutet. In dieser Arbeit wird „negativ beanspruchend“ definiert durch die signifikante Verschlechterung der Ergebnisse des Burnout Measure (BM) und/oder der Beschwerdeliste (BL) von der ersten zur zweiten Erhebung. Von Interesse ist außerdem, ob sich die salutogene Persönlichkeitsvariable, erhoben durch die Kurzskala SOC L-9, während der Ausbildungszeit verändert hat. Weiterhin soll geprüft werden, ob die Merkmale einer salutogenen Persönlichkeit im Zusammenhang von wahrgenommener Belastung und negativer Beanspruchung einen moderierenden Effekt haben.

Um die individuellen Belastungen der Hebammenschülerinnen zu ermitteln, wurden diese bei der zweiten Erhebung zusätzlich gebeten, alle Aspekte, die sie während

der bisherigen Ausbildungszeit als belastend erfahren haben, in Form eines Freitextes zu notieren.

Nachfolgend werden die Fragestellungen und Hypothesen zur quantitativen Erhebung erläutert.

5.2 Fragestellungen und Hypothesen

Die Gesamtstichprobe (N = 222) wurde zu einem Messzeitpunkt (T1) mit den Instrumenten: „Sense of Coherence“, der Kurzskala SOC L-9, dem „Burnout Measure“ (BM) und der „Beschwerdeliste“ (BL) befragt. Diese Befragung wurde nach einem Jahr wiederholt (T2). Zur Erfassung der individuellen Belastungsmomente wurden die Schülerinnen bei T2 gebeten, alle Belastungen schriftlich zu dokumentieren, die sie während ihrer bisherigen Ausbildungszeit wahrgenommen haben.

Fragestellungen:

1. (a) Steigt die negative physische und psychische Beanspruchung (BM/BL) von T1 zu T2?
(b) Sinkt der Kohärenzsinn (SOC) von T1 zu T2?
2. Besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem SOC-Ergebnis und dem BM- und/oder BL-Ergebnis?
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen dem BM- und BL-Ergebnis?
4. Gibt es einen schulspezifischen Unterschied der Ergebnisse?
5. Verschlechtern sich die Items der Beschwerdeliste, die die musko-skeletalen Befindlichkeiten beschreiben?
6. Beziehen sich die häufigsten Belastungen, im sozialen Kontext, auf die Hebammen?
7. Sind die Belastungen (Freitextantworten) in Zusammenhang zu bringen mit den Auswirkungen der BL- und/oder BM-Wert-Veränderung?
8. Hat der SOC einen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen wahrgenommener Belastung und Beanspruchung?

Ausgehend von den Problem- und Fragestellungen werden korrespondierende Hypothesenpaare bestehend aus der Forschungshypothese und der Gegenhypothese (Nullhypothese) zu den o. g. Fragestellungen formuliert. Die Forschungsfrage postuliert einen Effekt, den die Gegenhypothese negiert. Durch die

Falsifizierung bzw. Zurückweisung der Nullhypothese mittels statistischer Berechnungen soll die Gültigkeit der Forschungshypothesen gesichert werden (vgl. Börtz & Döring 2006:24f).

Hypothese 1a (H_1):

Die negative physische und psychische Beanspruchung (BM/BL) steigt in der Gesamtstichprobe von T1 zu T2.

Gegenhypothese 1a (H_0): Die negative physische und psychische Beanspruchung (BM/BL) steigt nicht in der Gesamtstichprobe von T1 zu T2.

Hypothese 1b (H_1):

Der Sense of Coherence (SOC) sinkt in der Gesamtstichprobe von T1 zu T2.

Gegenhypothese 1b (H_0): Der Sense of Coherence (SOC)-Wert sinkt nicht in der Gesamtstichprobe von T1 zu T2.

Hypothese 2 (H_1):

Es besteht ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem SOC-Ergebnis und dem BL- und BM-Ergebnis.

Gegenhypothese 2 (H_0): Es besteht kein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem SOC-Ergebnis und dem BL- und BM-Ergebnis.

Hypothese 3 (H_1):

Es besteht ein Zusammenhang zwischen den BM- und BL-Ergebnissen.

Gegenhypothese 3 (H_0): Es besteht kein Zusammenhang zwischen den BM- und BL-Ergebnissen.

Hypothese 4 (H_1):

Bezüglich der wahrgenommenen psychischen und physischen Beanspruchung (BM/BL) der Probandinnen besteht ein schulspezifischer Unterschied.

Gegenhypothese 4 (H_0): Es besteht kein schulspezifischer Unterschied bezüglich der wahrgenommen psychischen und physischen Beanspruchung (BM/BL) der Probandinnen.

Hypothese 5 (H_1):

Die Items der Beschwerdeliste, die die musko-skeletalen Befindlichkeiten beschreiben, werden sich deutlich verschlechtern.

Gegenhypothese 5 (H_0): Die Items der Beschwerdeliste, die die musko-skeletalen Befindlichkeiten beschreiben werden sich nicht deutlich verschlechtern.

Hypothese 6 (H_1):

Die häufigsten Belastungen im sozialen Kontext beziehen sich auf die Hebammen.

Gegenhypothese 6 (H_0): Die häufigsten Belastungen im sozialen Kontext beziehen sich nicht auf die Hebammen.

Hypothese 7 (H_1):

Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Belastungen (Freitextantworten) und der psychischen und physischen Beanspruchung (BM/BL).

Gegenhypothese 7 (H_0): Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Belastungen (Freitextantworten) und der psychischen und physischen Beanspruchung (BM/BL).

Hypothese 8 (H_1):

Die Stärke des Sense of Coherence (SOC) hat einen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen den ausbildungsbedingten Belastungen (Freitextantworten) und der psychischen und physischen Beanspruchung (BM- und BL-Ergebnisse).

Gegenhypothese 8 (H_0): Die Stärke des Sense of Coherence (SOC) hat keinen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen den ausbildungsbedingten Belastungen (Freitextantworten) und der physischen und psychischen Beanspruchung (BM- und BL-Ergebnisse).

Wie die Fragestellungen und Hypothesen erhoben und methodisch bearbeitet wurden, beschreibt das folgende Kapitel.

5.3 Erhebung und Methode

5.3.1 Stichprobe

Hauptziel der quantitativen Analyse ist es festzustellen, ob sich die Ergebnisse der Messinstrumente nach einem Jahr verändern. Ausgehend von der Vermutung durch die Literaturrecherche und die Expertenbefragung, dass die Hebammenausbildung einen negativ beanspruchenden Charakter hat, wurde festgelegt, dass die Erhebung zu Beginn der Ausbildung und ein zweites Mal nach einem Jahr stattfinden sollte. Zwischen der ersten und zweiten Erhebung mussten mindestens 12 Monate liegen,

um sicher gehen zu können, dass eine ausbildungsrelevante negative Beanspruchung erfasst wird.

Die Zahl der Hebammenschulen in Deutschland, die eine grundständige Hebammenausbildung anbieten, belief sich im Jahr 2008 auf 57 Schulen²². Es bestehen erhebliche Unterschiede bezüglich der Anzahl der Ausbildungsplätze und den Intervallen, in denen neue Kurse anfangen. Die Intervalle sind in der Regel ein Kurs pro Jahr, alle 1,5 Jahre oder alle 3 Jahre ein Kurs. Die Anzahl der Ausbildungsplätze pro Kurs und Schule schwankt in der Regel zwischen 12 – 25. Das „Verzeichnis der Hebammenschulen in Deutschland“, verfasst vom Bund Deutscher Hebammen e. V., Stand: 06.02.2008²³, gibt den jeweiligen Ausbildungsbeginn und die Anzahl der Ausbildungsplätze an. Hiervon waren drei Beschreibungen unklar bezüglich des Ausbildungsbeginns oder der Anzahl der Ausbildungsplätze, diese Daten wurden telefonisch erfragt. Eine Schule verweigerte die Aussage über die Anzahl der Ausbildungsplätze und verwies an das zuständige Ministerium. Für diese Schule wurde der Mittelwert für die Anzahl der Ausbildungsplätze von 2008 erhoben und der Berechnung zugrunde gelegt. Wurde eine Gesamtangabe der Anzahl der Ausbildungsplätze für mehrere Kurse angegeben, dann wurde ebenfalls der Mittelwert für die Berechnung genutzt.

Aus den beschriebenen Gegebenheiten resultiert dass in 41 Hebammenschulen im Jahr 2008 rund 700 Hebammenschülerinnen ihre Berufsausbildung begonnen haben. Aus dieser Grundgesamtheit sollte die Stichprobe aus möglichst vielen Bundesländern erhoben werden. Alle 41 Hebammen-Schulen, die im Jahr 2008 mit einem Ausbildungslehrgang begonnen haben, wurden telefonisch kontaktiert. Die Häufigkeit der versuchten oder vollzogenen Kontakte lag zwischen 3 und 6 mal (s. 5.6). Insgesamt beteiligten sich vierzehn Schulen an der Erhebung und zwei Schulen an zwei vorgeschalteten Pretests.

5.3.2 Pretest

Die Instrumente wurden an zwei Schulen getestet (N = 32). Mit den Teilnehmerinnen des ersten Pretests wurden im Anschluss auch über die

²² Bund Deutscher Hebammen e. V.: Verzeichnis der Hebammenschulen in Deutschland. Stand: 06.02.2008

²³ Verbandsname hat sich geändert in „Deutscher Hebammenverband e. V.“

Sinnhaftigkeit der Instrumente im Bezug zur Fragestellung diskutiert. Es wurden der zeitliche Rahmen erfasst und Verständnisfragen notiert, die zu folgenden Änderungen führten.

1. Der Burnout Measure (BM) enthält drei Formulierungen, die von den Schülerinnen hinterfragt wurden. Es handelt sich dabei um die Wörter: „*gefangen*“, „*überdrüssig*“ und „*bekümmert*“. Diesen Wörtern wurde, in Klammern, Synonyme hinzugefügt wie in Kapitel 5.3.5 beschrieben.
2. Für die Erhebung von psychophysischen Beschwerden war die *Psychosomatische-Belastungs-Skala* angedacht, nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen, weil sie frei beziehbar ist. Dieser sorgte aber bei den Schülerinnen für Irritation bei der Beantwortung und wurde deshalb durch die Beschwerdeliste ersetzt.

5.3.3 Untersuchungsablauf und Rücklaufquote

In allen Hebammenschulen wurden die Schulleiterin und die jeweilige Kursleiterin über Ziele und Durchführung der Untersuchung ausführlich informiert. Die Erhebung erfolgte unter standardisierten Klausurbedingung, Anweisung, Regie und persönliche Anwesenheit der Autorin. Ziel der persönlichen Anwesenheit war es sicherzustellen, dass die Datenqualität sehr hoch war und keine Varianz in der Art der Datenerhebung stattfinden konnte. Mit Ausnahme von zwei Schulen bei der T1-Erhebung konnte die Autorin bei der Datenerhebung persönlich anwesend sein. Bei diesen 2 Fällen erhielten die entsprechenden Lehrerinnen die Fragebögen mit genauen telefonischen und schriftlichen Anweisungen und einer Telefonnummer, um auftauchende Fragen direkt – während der Erhebung - beantwortet zu bekommen. Durch ein genaues standardisiertes und vorbereitetes Vorgehen wurde versucht, Verzerrungen durch den persönlichen Auftritt so niedrig wie möglich zu halten (s. 5.6).

Die Erhebung startete mit einer Erklärung über das Ziel der Studie und der Vorstellung der Fragebögen. Verständnisfragen wurden geklärt und die Schülerinnen wurden gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen möchten. Die schriftliche Einverständniserklärung von jeder Schülerin liegt vor. Jeder Schülerin wurde ein Fragebogensatz ausgeteilt, der mit einem vierstelligen Code verschlüsselt

wurde. Auf einer Liste wurden die Namen entsprechend zu ihrem Code eingetragen, um die Ergebnisse der ersten und zweiten Befragung zuordnen zu können. Die Schülerinnen wurden gebeten, während der Erhebung nicht miteinander zu sprechen, um zu vermeiden, dass die Antwortentscheidung dadurch beeinflusst wird. Außerdem wurden sie gebeten, falls sie an einer chronischen Erkrankung leiden und/oder eine Schwangerschaft besteht, dies freiwillig zu notieren. Es erfolgte der Hinweis, dass eine genaue Bezeichnung der chronischen Erkrankung – falls eine vorliegt – nicht nötig sei, lediglich der Vermerk „Chronische Erkrankung“ sei ausreichend. Hierzu erfolgte der Hinweis, dass darunter auch z. B. „Heuschnupfen oder Asthma“ zählt. Weiterhin wurde erläutert, dass diese Erhebung einer „Momentaufnahme“ gleich kommt und sie daher die Angaben auf ihr Befinden in der letzten Zeit beziehen sollen, was einen Zeitraum von drei bis vier Wochen umfasst. Nach dem Ausfüllen der Fragebögen wurden die Schülerinnen gebeten zu kontrollieren, ob sie alle Fragen beantwortet haben.

Die zweite Befragung nach einem Jahr lief nach dem gleichen Muster ab, mit dem Zusatz, dass zum Schluss – erst wenn alle Schülerinnen die Fragebögen ausgefüllt hatten – sie gebeten wurden, auf die Rückseite der letzten Seite die Frage zu beantworten; „Was hat Sie persönlich während des ersten Ausbildungsjahres belastet?“, mit dem Hinweis, dass sie die Beschreibungen in einen logischen Kontext formulieren sollten, wenn Belastungen sich beispielsweise auf bestimmte Einheiten oder Personengruppen bezogen haben. Die Schülerinnen wurden darauf hingewiesen, dass jede Form der Belastung, egal welchen Ursprungs, von Bedeutung sei und auch Belastungen privater Natur relevant seien, diese könnten aber mit der allgemeinen Bemerkung „Private Belastung“ notiert werden. Im Anschluss wurde jeder Fragebogen - vor Ort - auf vollständige Beantwortung geprüft und bei unvollständigen Datensatz der Schülerin erneut vorgelegt. Der zeitliche Aufwand der Erhebung belief sich bei 45 Minuten.

Insgesamt beteiligten sich 16 Schulen an der Längsschnittstudie; 2 Schulen nahmen an einem Pretest teil und 14 Schulen an der tatsächlichen Erhebung (s. Tab. 12). An der ersten Erhebung beteiligten sich 240 von den insgesamt 243 Schülerinnen. Die Gründe für die Nicht-Teilnahme waren in 2 Fällen Krankheit und eine Schülerin wollte sich nicht an der Erhebung beteiligen. Zwischen der ersten und zweiten Erhebung haben 9 Schülerinnen die Ausbildung abgebrochen, 7 konnten bei T2 wegen Krankheit und 2 wegen Schwangerschaft nicht teilnehmen. Die Anzahl der Probandinnen, die bei der ersten (T1) und zweiten (T2) Erhebung beteiligt waren,

beträgt also 222. Bedingt durch die Klausurbefragung konnte eine sehr hohe Rücklaufquote von T1 nach T2 von 92,5% erreicht werden.

Tabelle 12: Rücklaufquote der quantitativen Analyse

T1				T2			
Schule		N = 243 (alle Schulen) Gründe für die Nicht-Teilnahme			Gründe für die Nicht-Teilnahme an T2 der Probandinnen, die an T1 teilnahmen		
	n	Krank- heit	Keine Teilnahme gewünscht	n	Krankheit	Abbruch der Ausbildung	Schwanger- schaft
A	14	1		12	2		
B	16			15	1		
D	15			14		1	
E	15			15			
G	14			10	1	3	
K	24			23		1	
L	15			15			
M	23			23			
N	15	1		15			
O	21		1	20		1	
P	19			16	1	1	1
S	15			14	1		
T	19			18	1		
U	15			12		2	1
Summe	240	2	1	222	7	9	2
Rücklauf- quote	100 %			92,5 %			

Die eingesetzten Instrumente zur Erhebung der psychophysischen Beanspruchung in dieser Arbeit werden mit den nächsten Kapiteln vorgestellt.

5.3.4 Methode zur Erfassung des salutogenen Persönlichkeitsmerkmals

Der *Kohärenzsinn* (*Sense of Coherence* (SOC))²⁴ wird als eine globale Orientierung definiert, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann (vgl. Antonovsky, 1997).

²⁴ In dieser Arbeit mit *Sense of Coherence* (SOC) benannt

Die Auswahl des Instrumentes zur Erfassung der salutogenen Persönlichkeitsvariable stützt sich auf die Arbeit von Hoege (2002). Er untersuchte die Beziehung zwischen fünf Methoden zur Erfassung von salutogenen Persönlichkeitsmerkmalen, Arbeitsbelastung und Beanspruchung. Die Auswahl dieser fünf Methoden (Kohärenzsinn, Optimismus, Internalität, Selbstwirksamkeit und negative Affektivität) erfolgte nach drei Kriterien: „(1) *hinreichende Berücksichtigung in der bisherigen theoretischen und empirischen Literatur zum Einfluss von Persönlichkeit auf den Zusammenhang von Belastung und Beanspruchung.* (2) *Eigenständiger Status als kohärentes Persönlichkeitsmerkmal und Anbindung an Forschungstraditionen der Persönlichkeitspsychologie sowie* (3) *Vorliegen einer bewährten reliablen und validen Messmethode zur Erfassung des jeweiligen Persönlichkeitsmerkmals.*“ (Hoege 2002:71). Seine Untersuchungen ergaben, dass Kohärenzsinn und negative Affektivität die stärksten Effekte auf die psychophysische Beanspruchung aufweisen (vgl. Hoege 2002:121). Das Instrument *Negative Affectivity Scale* zur Erfassung von negativer Affektivität erfasst mit 21 Items unterschiedliche Aspekte, die das negative emotionale Erleben thematisieren (ebd. 74). Das Instrument SOC ermittelt das Konstrukt *Kohärenzsinn* bestehend aus den Komponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit (ebd. 72). Im Vergleich zum Negative Affectivity Scale, hat der SOC eine positive Ausrichtung, die für die Fragestellung in dieser Arbeit als geeigneter betrachtet wird.

Der 1987 von Antonovsky entwickelte Original-Fragebogen zur Messung des Kohärenzsinns setzt sich aus den folgenden Subskalen zusammen:

- Verständnis (comprehensibility),
- Handhabbarkeit oder Bewältigbarkeit (manageability) und
- die Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit (meaningfulness).

Der Fragebogen enthält insgesamt 29 Fragen oder unvollendete Sätze, die sich auf verschiedene Lebensaspekte beziehen. Mittels einer siebenstelligen Likertskala erfolgt die Beantwortung. Die 29 Items lassen sich den Komponenten: „Handhabbarkeit“, „Verstehbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit“ des SOC zuordnen. Für jede Komponente lässt sich aufgrund der drei Subskalen ein eigener Ergebniswert darstellen (vgl. Antonovsky 1997:88). Die Items für die Komponenten „Verstehbarkeit“²⁵, „Handhabbarkeit“²⁶ und „Sinnhaftigkeit“²⁷, die mit einem *

²⁵ 1*, 3, 5*, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24, 26

gekennzeichnet sind müssen vor der Berechnung umgepolt werden. Das heißt bei positiv gepolten Items geht der jeweilige Itemwert ein. Wurde beispielsweise 2 angekreuzt, dann ist 2 der zu addierende Wert für die Berechnung. Bei negativ gepolten Items erhält der niedrigste Itemwert (also 1) den höchsten zu addierenden Wert (also 7) (ebd. 196). Die Skalenrohwerte werden durch Summation der Itemrohwerte errechnet (ebd. 198). Die Addition der Skalenwerte ergibt den Gesamtwert (ebd. 198). Antonovsky (1997:88) empfiehlt aber nur die Verwendung des Gesamtwertes, da die Komponenten „untrennbar miteinander verbunden“ seien. Hoege (2002) und Schumacher et al. (2000b) bestätigen diese Empfehlung, da die SOC-Komponenten hoch miteinander korrelieren und sich in ihrer Struktur faktorenanalytisch nicht reproduzieren lassen.

Es gibt inzwischen eine Reihe von verschiedenen Versionen der SOC-Skala, die mittlerweile in 44 Sprachen übersetzt wurden (vgl. Eriksson 2007). Im deutschsprachigen Raum hat sich die Übersetzung nach Abel (vgl. Abel et al. 1995) durchgesetzt. Eine weitere Übersetzung wurde von Franke vorgenommen (vgl. Antonovsky 1997; Singer & Brähler 2007:25).

Aus forschungsökonomischen Gründen erstellte Antonovsky eine Kurzfassung der SOC-Skala mit 13 Items (SOC-13), diese weist ähnliche Gütekriterien ($\alpha = .85$) wie das Original SOC-29 ($\alpha = .92$) auf. Eine weitere Kurzform der SOC-Skala wurde in Leipzig entwickelt und enthält 9 Items (SOC-L9) ($\alpha = .87$). Die Kurzform SOC-L9 weist eine hohe Korrelation zu der Original SOC-29-Skala auf ($r = .94$). Die Kurzform SOC-L9 enthält neun Items, die sich den drei Komponenten: Handhabbarkeit (5*, 7 und 8*), Verstehbarkeit (1 und 4) und Sinnhaftigkeit (2*, 3*, 6 und 9) zuordnen lassen. Validiert wurde die Kurzform an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (vgl. Schumacher et al. 2000b). Schumacher et al. (2000b) erachten die Kurzform SOC-L9 als ein reliables und valides Messinstrument, das eine ökonomische Erfassung des Kohärenzgefühls gestattet. Die Prozentrang-Normen für die SOC-L9 werden in Tabelle 13 aufgezeigt (vgl. Schumacher et al. 2000b; Singer & Brähler 2007:65).

²⁶ 2, 6*, 9, 13*, 18, 20*, 23*, 25, 27*, 29

²⁷ 4*, 7*, 8, 11*, 14*, 16*, 22, 28

Tabelle 13: Prozentrang-Normen für die SOC-L9

Prozentrang-Normen für die SOC-L9						
PR	Männer (N = 855)			Frauen (N = 1.089)		
	18-40 (N = 275)	41-60 (N = 316)	61-90 (N = 264)	18-40 (N = 384)	41-60 (N = 360)	61-92 (N = 345)
5	34	34	31	33	31	29
10	38	36	34	35	34	33
15	40	38	35	37	36	34
20	42	40	37	39	39	36
25	44	42	39	41	41	37
30	46	44	41	43	42	39
35	47	45	42	44	43	41
40	48	47	44	45	44	42
45	49	48	45	47	45	44
50	50	49	46	48	46	46
55	51	50	48	49	47	47
60	53	51	49	50	48	48
65	54	53	50	51	49	49
70	55	54	51	53	51	51
75	56	55	52	54	52	52
80	57	56	53	55	54	53
85	58	57	55	57	56	55
90	60	59	57	59	57	57
95	61	60	59	60	60	60
100	63	63	63	63	63	63
M	50.16	48.98	46.28	48.05	46.55	45.37
SD	8.40	8.47	9.22	8.53	8.61	9.57

Erläuterungen:
 PR ... Prozentrang
 M ... Skalennittelwert
 SD ... Standardabweichung

© 2000 Universität Leipzig (PD Dr. Jörg Schumacher & Prof. Dr. Elmar Brähler)

5.3.5 Methode zur Erfassung von psychophysischer Beanspruchung

In der Fachliteratur zum Thema Burnout ist erkennbar, dass sich als Messinstrumente bislang das Burnout Measure (BM)/ Tedium Measure TM (Überdruss-Skala) (vgl. Pines et al. 2006) und das Maslach-Burnout-Inventory (MBI) (vgl. Maslach & Jackson 1981) durchgesetzt haben (vgl. Enzmann et al. 1998). Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information veröffentlicht im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Schriftenreihe *Health Technology Assessment*. Der letzte Bericht befasste sich mit der *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms* (vgl. Korczak et al. 2010) und beschreibt als gängige Instrumente zur Erfassung des Burnout-Syndroms nur den MBI und den BM/TM. Aus forschungsökonomischen Gründen wird auf die Beschreibung weiterer Instrumente verzichtet und im Folgenden die beiden Instrumente vorgestellt und postuliert, weshalb der BM für diese Arbeit gewählt wurde.

Das Maslach-Burnout-Inventory (MBI)

Das multidimensionale Maslach-Burnout-Inventory (MBI) besteht aus 22 Items und misst die Symptome „Emotionale Erschöpfung (EE)“, „Depersonalisierung (DP)“ und „Subjektive Leistungseinschätzung (SL)“. Bedeutend ist, dass diese Dimensionen als fortschreitende Prozesse zu verstehen sind, in deren Phasenabfolge der einzelnen Dimensionen eine Schlüsselstellung zukommt (vgl. Reime 2000). Leiter & Maslach (1988) beschreiben die Phasenfolge: EE→DP→SL während Golembiewski & Munzenrider (1988) diese Folge: DP→SL→ EE referieren. Die drei Dimensionen des Konzepts wurden nicht theoretisch, sondern im Rahmen empirischer Studien entwickelt. Untersucht wurde eine Stichprobe mit Angehörigen der Berufsgruppen Psychologinnen, Lehrerinnen, Krankenpflegekräften, Ärztinnen und anderen helfenden Berufen (Maslach & Jackson 1981).

Das Burnout Measure (BM) (Überdruss-Skala)

Zuerst wurde das Instrument „Tedium Measure (TM)“ entwickelt. Dies wurde 1988 von Pines und Aronson zum „Burnout Measure (BM)“ umbenannt und ist im deutschsprachigen Raum auch als „Überdruss-Skala“ bekannt. Es handelt sich um ein Konzept, das mit 21 Items die Aspekte des Zustands der körperlichen, emotionalen und geistigen Erschöpfung erfasst. Die Fragen werden in zufälliger Reihenfolge angeboten und auf einer siebenstufigen Skala von „1=niemals“ bis „7=immer“ eingeschätzt (vgl. Pines et al. 2006:236). Sie untersuchten 30 Gruppen von 9 bis 724 Personen unterschiedlicher Berufsgruppen und Untersuchungsorte (ebd. 237). Die statistischen Kennwerte werden in Tabelle 14 dargestellt (ebd. 239).

Tabelle 14: Statistische Kennwerte des BM

Instrument	Items	M	SD	α
Burnout-Measure (BM)	21	3,3	0,4 – 1,0	0,91 - 0,93

„Wenn Ihr errechneter Wert zwischen 2 und 3 liegt, geht es Ihnen gut. Allerdings möchten wir Ihnen nahe legen, den Fragebogen noch einmal vorzunehmen und zu überprüfen, ob Sie wirklich aufrichtig geantwortet haben.

Wenn Sie einen Wert zwischen 3 und 4 errechnet haben, erleben Sie Ausbrennen oder Überdruss und müssen unbedingt etwas dagegen unternehmen. Wenn der errechnete Wert höher als 5 liegt, ist Ihre Krise akut und Sie benötigen dringend Hilfe.“

(Pines et al. 2006:49).

Die Systematik dieser Einteilung wird von den Autoren nicht theoretisch begründet. Enzmann & Kleiber (1989) dagegen haben durch Mittelwertbildung, Berechnung der mittleren Standardabweichung und Drittelung der Verteilung der Werte eine Einteilung der Ergebnisse getroffen, die sich bei der Anwendung des BM in der Forschung etabliert hat:

Niedriges Burnout → < 2,90

Mittleres Burnout → 2,95 – 3,57

Hohes Burnout → > 3,63

Auf Grundlage der von Pines et al. (2006) und Enzmann & Kleiber (1989) wird für diese Arbeit eine Einteilung nach dem „Ampelsystem“ vorgenommen:

Ampelsystem:

Grün → 2,0 – 3,0

Gelb → 3,1 – 3,6

Rot → ab 3,7

Pines et al. (2006) geben die Reliabilität des Instruments mit Alpha-Werten von .91 bis .93. Schaufeli et al. (1993) führen diese hohe interne Konsistenz auf dichotome Wortpaare und sich wiederholende Items zurück. Die Retest-Reliabilität wird von Pines et al. (2006:236) bei einem Intervall von einem Monat mit .89 beschrieben.

Bei den Pretests wurde deutlich, dass die Formulierungen der Aussagen im Instrument, teilweise als „unbekannt“ beziehungsweise im heutigen Sprachgebrauch als „veraltet“ betrachtet werden können. Die Aussagen im BM: *„Ich fühle mich gefangen“*, *„Ich bin überdrüssig“* und *„Ich bin bekümmert“* wurden deshalb mit Synonymen in Klammern – unter den Aussagen – wie folgt ergänzt (vgl. Duden 1997):

- Für *„gefangen“* wurden die Synonyme: *„eingesperrt, unfrei, gehemmt“*,
- für *„überdrüssig“* wurden die Synonyme: *„müde, leid, gelangweilt, satt“* und
- für *„bekümmert“* wurden die Synonyme: *„bedrückt, ernst, traurig, freudlos“* hinzugefügt.

Entscheidungsbegründung für den BM

Enzmann & Kleiber (1989:113) beschreiben, dass Stout & Williams (1983) den MBI und den BM verwendeten bei einer Untersuchung von Dienstleistungsmitarbeitern in

psychiatrischen Einrichtungen. Die Ergebnisse des MBI und BM wurden auch in Bezug gesetzt zu den zusätzlich erhobenen Ergebnissen hinsichtlich Arbeitszufriedenheit und Gesundheitsprobleme. Es stellte sich heraus, dass das mit dem BM gemessene Burnout höher mit den einzelnen Dimensionen (EE, DP und SL) des MBI korrelierte als die Dimensionen des MBI untereinander. Außerdem zeigte der BM einen signifikanten Zusammenhang zur Arbeitszufriedenheit und Gesundheitsproblemen. Erschöpfung und negative Selbstwertgefühle sind typisch für Burnout und diese werden von dem BM stärker erfasst (vgl. Enzmann & Kleiber 1989:114). In dieser Arbeit wurden ebenfalls die körperlichen Befindlichkeiten mit einem weiteren Instrument erhoben, was die Entscheidung zugunsten des BM beeinflusste. Nicht zuletzt war auch die einfache und sichere Auswertung des Instrumentes und vor allem die hohe Reliabilität ($\alpha = .91 - .93$) von Bedeutung (vgl. Pines et al. 2006:236). Die hohe Konsistenz und Validität des Instrumentes wird auch von Burisch (2006:35) bestätigt.

5.3.6 Methode zur Erfassung von physischer Beanspruchung

Mit der Beschwerde-Liste lassen sich quantitative Abschätzungen subjektiver Beeinträchtigung von körperlichen Beschwerden oder Allgemeinbeschwerden erheben. Diese ist eine Fortentwicklung der HHM²⁸-Beschwerdenliste und in ihrer weiterentwickelten Form ein Bestandteil der Testreihe KSb-S (Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen) aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München) (vgl. Zerssen 2000:6). Die Beschwerde-Liste besteht aus zwei Bögen im DIN-A4-Format (B-L und B-L')²⁹. Man kann die Parallelbögen auch einzeln verwenden, da bisher aber nur der Gesamt-Score von B-L/B-L' ausreichend validiert worden ist, wurden für diese Arbeit beide Bögen eingesetzt (ebd. 8). Die Reliabilität (Spearman-Brown) für beide Bögen liegt bei einem Wert von 0,95. B-L und B-L' sind in zwei Abschnitte unterteilt (ebd. 15). Der obere Teil dient der Ermittlung von Personen- und Institutionsmerkmalen, der für diese Arbeit aber nicht verwendet wurde, weshalb er durchgestrichen wurde. Lediglich der vierstellige Probanden-Code wurde hier notiert. Im zweiten Abschnitt ist dann der eigentliche Test aufgeführt mit jeweils 24 Items (ebd. 7).

²⁸ Hamburg, Heidelberg und München

²⁹ In dieser Arbeit gilt die Abkürzung „BL“ für beide Bögen (BL und BL')

5.3.7 Methode zur Erfassung und Auswertung der individuellen Belastungsfaktoren

Um die individuellen Belastungsfaktoren der Schülerinnen zu ermitteln, wurde bei der zweiten Erhebung eine offene Frage gestellt: „Was hat Sie persönlich während des ersten Ausbildungsjahres belastet?“ Mit dem Hinweis, dass sie die Beschreibungen in einen logischen Kontext formulieren sollten, wenn Belastungen sich beispielsweise auf bestimmte Einheiten oder Personengruppen bezogen haben. Die Schülerinnen wurden darauf hingewiesen, dass jede Form der Belastung, egal welchen Ursprungs, von Bedeutung sei und auch Belastungen privater Natur relevant seien, diese könnten aber mit der allgemeinen Bemerkung „Private Belastung“ notiert werden.

Die Antworten auf die „Offene Frage“ wurden nach den inhaltlichen Aussagen kategorisiert. Dies geschah mithilfe einer Doktorandin des Doktoranden-Kolloquiums an der Technischen Universität Darmstadt, die 30% der Aussagen unabhängig prüfte und Kategorien hierfür bildete. Die Kategorienbildung der Autorin und der Doktorandin wurden verglichen und bei divergierenden Ergebnissen durch Diskussion ein gemeinsamer Konsens gefunden. Die restlichen 70% der Aussagen wurden nach diesem Prinzip der Kategorienbildung von der Autorin alleine durchgeführt.

Udris & Frese (1999) haben spezifische Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz formuliert. Die Kategorien, die in dieser Arbeit erstellt wurden, fügen sich in diese Einteilung ein. Die für diese Arbeit relevante Einteilung von Belastungsfaktoren von Udris & Frese (1999) werden kurz erläutert und aufgezeigt, welche Kategorien, in dieser Arbeit, ihnen zugesprochen werden:

- **Stressoren in der Arbeitsaufgabe:** Über- und Unterforderung.
 - In dieser Arbeit: Nur qualitative und quantitative Überforderung.
- **Stressoren in der sozialen Dimension:** Rollenkonflikte, die durch gegensätzliche Erwartungen und Anforderungen entstehen. Rollenambiguität, die entsteht, wenn Erwartungen nicht eindeutig oder unklar sind. Außerdem alle soziale Stressoren, die sich auf das Verhalten von Personen bezieht mit denen man arbeitet.
 - In dieser Arbeit: Rollenkonflikte, Rollenambiguität, Verhalten/Umgang, Stimmung/Klima, Leistungsdruck,

Hierarchie, Ungerechtigkeit, Angst, Fehlende Anerkennung und „Kein Team“. Ein Teil dieser Kategorien wurde getrennt nach medizinischen Personal und Hebammen/Kreißsaal unterschieden, dies wird im Ergebnisteil in Tabellenform dargestellt.

- **Organisatorisch bedingte Stressoren:** Unterbrechung der Arbeit, Störungen des Arbeitsablaufs und Akkordarbeit.
 - In dieser Arbeit: Organisation der praktischen Ausbildung und Organisation der Schule.
- **Stressoren in der Berufskarriere:** „Realitätsschock“ bei Eintritt ins Berufsleben oder Umstellungsprozesse in der Arbeit durch Einführung neuer Technologien oder innerbetriebliche Umsetzungen. Alle Stressoren, die entstehen, wenn alte Kompetenzen nicht mehr gebraucht werden und neue erarbeitet werden müssen.
 - In dieser Arbeit: Alle Belastungen, die mit dem Berufsbild der Hebamme zu tun haben, die aber für eine Schülerin erst einmal einen „Realitätsschock“ auslösen können. Beispiele hierfür: Totgeburten, kranke oder Kinder mit Fehlbildungen, Schmerz von Frauen etc.
- **Stressoren in der zeitlichen Dimension:** z. B.: Schicht- und Nachtarbeit, lange Arbeitszeiten etc..
 - In dieser Arbeit: Alle Belastungen die in Zusammenhang mit Arbeitszeit und Schichtwechsel beschrieben werden. Hierzu zählen auch Wochenendarbeit oder Arbeiten an Feiertagen etc.
- **Physikalische Stressoren:** Äußere Umgebungsbedingungen wie Lärm, Hitze oder Staub; alle externen Faktoren, die als belästigend empfunden werden.
 - In dieser Arbeit: Definition wird übernommen.

Alle Einteilungen von Udris & Frese (1999) und die Zuteilung der Kategorien, die in dieser Arbeit erstellt wurden, werden im Ergebnisteil ausführlich dargestellt.

Das nächste Kapitel beschreibt kurz das statistische Auswertungsinstrument für die Auswertung der standardisierten Instrumente, die in dieser Arbeit verwendet wurden.

5.4 Statistische Analyse

Die erhobenen Daten wurde einer statistischen Analyse unterworfen. Gerechnet wurde mit dem Statistikprogramm SPSS, PASW Statistics, Version 18. Für alle statistischen Verfahren wurde das Signifikanzniveau hierbei auf mindestens 95% ($p < 0,05$) festgelegt (vgl. Bortz & Döring 2006:495). Mittels Histogramm wurde zunächst die Normalverteilung geprüft. Mit dem T-Test für gepaarte Stichproben wurde ermittelt, ob sich der Wert der Gesamtstichprobe und der einzelnen Schulen nach einem Jahr verändert hatte (vgl. Brosius 2008:482). Die bivariate Korrelation nach Pearson klärte den Zusammenhang zwischen den erhobenen Variablen (vgl. Bortz & Döring 2006, 507; Brosius 2008:507). Mittels partiellem Korrelationstest wurde der lineare Einfluss des SOC-Wertes auf den BM- und BL-Wert bei der Berechnung des Koeffizienten berücksichtigt und zu eliminieren versucht (vgl. Brosius 2008:520).

5.5 Ergebnisse

Neben den demographischen Daten wurden die physische und psychische Befindlichkeit und das Kohärenzgefühl der Schülerinnen ermittelt. Hierfür wurden folgende Instrumente eingesetzt:

- (a) Beschwerdeliste (BL) (vgl. 5.3.6)
- (b) Burnout-Measure (BM) (vgl. 5.3.5)
- (c) Sense of Coherence (SOC-Kurzskala L9) (vgl. 5.3.4).

Bei der zweiten Erhebung wurden die Schülerinnen im Anschluss gebeten – per Freitext – alle Belastungsfaktoren während ihrer bisherigen Ausbildungszeit zu beschreiben. Die Kategorien wurden in Anlehnung an Udris & Frese (1999) benannt (5.3.7). Die Ergebnisse werden in Bezug zu den Fragestellungen und Hypothesen mit den folgenden Kapiteln beschrieben. Zunächst folgt eine Darstellung der Schülerinnen bezüglich der demographischen Daten.

5.5.1 Probandinnen

Bei der ersten Erhebung (T1) füllten die Probandinnen, neben den standardisierten Fragebögen, auch einen Bogen bezüglich ihrer persönlichen Merkmale aus. Die folgende Tabelle 15 zeigt das Alter, letzter Schulabschluss, ein eventuelles Studium und eventuelle Berufsausbildung der Probandinnen.

Tabelle 15: Demographische Daten I der Probandinnen der quantitativen Analyse

Altersgruppen (Range 17-41)	n %	Letzter Schulabschluss	n %	Studium	n %	Abgeschlossene Berufsausbildung	n %
17-19	42 18,9%	Hauptschule	2 0,9%	ohne Abschluss	30 13,5%	Ja	36 16,2%
20-22	135 60,8%	Realschule	22 9,9%	mit Abschluss	6 2,7%	Nein	186 83,8%
23-25	25 11,3%	Fachhochschul- reife	37 16,7%	kein Studium	186 83,8%		
26-29	12 5,4%	Abitur	161 72,5%				
30-41	8 3,6%						
Gesamt 222 100%			222 100%		222 100%		222 100%

Alter

Die Anzahl der Probandinnen, deren Lebensalter zwischen dem 17-19 liegt, beträgt insgesamt 42. In der Altersgruppe von 20-22 finden sich die meisten Probandinnen (135). 25 Probandinnen sind in der Altersgruppe zwischen 23-25. Nur 12 Probandinnen weist die Altersgruppe von 26-29 auf. 8 Schülerinnen sind in der Altersgruppe zwischen 30-41.

Letzter Schulabschluss, Studium und Studium-Abschluss

Als letzten Schulabschluss haben 2 Schülerinnen (0,9%) einen Hauptschulabschluss angegeben. Über die mittlere Reife verfügen 22 Schülerinnen (9,9%), 37 Schülerinnen (16,7%) haben die Fachhochschulreife und der überwiegende Teil, nämlich 161 Schülerinnen (72,5%), verfügt über ein abgeschlossenes Abitur. Dies ist eventuell auf die Bestrebungen der Hebammenschulen zurückzuführen, die Hebammenausbildung an die europäische Richtlinie 2005/36/EU anzugleichen, die eine Anhebung des Bildungsniveaus fordert, d. h. die Hochschulzugangsberechtigung als Ausbildungsvoraussetzung für Anwärtinnen auf die Hebammenausbildung (vgl. Horschitz & Kurtenbach 2003). Hierfür spricht auch das Ergebnis einer Querschnittstudie von Reime (2000:289 ff) an der Hebammen (N = 230) im Alter von 20 – 60 Jahren teilnahmen und deren Anteil der Hebammen mit Abitur sehr viel niedriger bei 50% lag, während der Anteil der Hebammenschülerinnen mit Abitur, die an einer parallelen Längsschnittstudie teilnahmen, bei 77% lag. Der Anteil, der Hebammenschülerinnen, die ein Abitur haben, ist vergleichsweise hoch im Vergleich zu einer Studie über AltenpflegeschülerInnen (N = 208), deren Anteil bei 43,5% liegt. Diese Studie hat einen Frauenanteil von 83,7% und Männer sind mit 16,3% vertreten (vgl.

Engelkamp 2001:87). 36 Probandinnen (16,7%), dieser Arbeit, haben vor der Ausbildung sogar ein Studium begonnen aber nur 6 Probandinnen (2,7%) verfügen über einen Studienabschluss.

Abgeschlossene Berufsausbildung vor der Hebammenausbildung

Insgesamt haben 36 Probandinnen (16,2%) bereits eine abgeschlossene Berufsausbildung bei Antritt der Hebammenausbildung.

Die Staatsangehörigkeit, Anzahl der Kinder, bestehende Partnerschaft und die Angaben, ob die Probandinnen während der Arbeitswoche getrennt vom Partner leben, wird mit der folgenden Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Demographische Daten II der Probandinnen der quantitativen Analyse

Staats-angehörigkeit	n %	Anzahl der Kinder	n %	Partner -schaft	n %	Wochen- tags getrennt vom Partner	n %
deutsch	215 96,8%	keine	212 95,5%	ja	134 60,4%	ja	96 43,2 %
nicht deutsch	5 2,3%	1	5 2,3%	nein	88 39,6%	nein	36 16,2 %
Zwei Staats- angehörigkeiten	2 0,9%	2	2 0,9%			k. A.	90 40,5 %
		>2	3 1,4%				
Gesamt	222 100%		222 100%		222 100%		222 100%

k. A. = keine Angabe

Staatsangehörigkeit

215 Schülerinnen (96,8%) haben die deutsche Staatsangehörigkeit. 5 Schülerinnen (2,3%) haben eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit und 2 Schülerinnen (0,9%) haben eine doppelte Staatsangehörigkeit. Dieser sehr hohe Anteil deutscher Staatsangehöriger erscheint verwunderlich. Es wäre sicherlich für die zukünftige Entwicklung der Hebammenausbildung von Interesse, die Ursache hierfür näher zu untersuchen.

Anzahl der Kinder

Zum ersten Erhebungszeitpunkt haben 212 Schülerinnen (95,5%) angegeben kinderlos zu sein. Die restlichen machten folgende Angaben: 5 Schülerinnen (2,3%) geben an 1 Kind zu haben, 2 Schülerinnen (0,9%) geben an 2 Kinder zu haben, 3 Schülerinnen (1,4%) geben an >2 Kinder zu haben. Die Doppelbelastung durch Ausbildung und Betreuung/Versorgung von Kindern ist, gemessen an der Gesamtstichprobe, als gering einzustufen. Dies auch deshalb, weil keine der zehn Mütter, bei der *Offenen Frage*, dies als Belastung kommentierte.

Partnerschaft bestehend

Die Frage, ob die Schülerinnen zurzeit in einer bestehenden Partnerschaft sind, beantworteten 134 (60,4%) mit *ja* und 88 (39,6%) mit *nein*.

Wochentags vom Partner getrennt leben

Die Trennung vom Partner während der Arbeitswoche kann eine Belastung darstellen, weshalb dieser Aspekt auch abgefragt wurde. Wochentags getrennt vom Partner lebend haben 96 Schülerinnen (43,2%) mit *ja*, 36 (16,2%) mit *nein* beantwortet und insgesamt 90 (40,5%) machten hierzu keine Angaben, wobei hier auch die Schülerinnen zählen, die angegeben haben, dass keine Partnerschaft besteht.

Die Schülerinnen haben weiterhin die einfache Fahrzeit nach Hause eingeschätzt und ihren Kenntnisstand bezüglich der Fremdsprachen dokumentiert, die in der folgenden Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Probandinnen der quantitativen Analyse – Fahrzeit und Sprachen

Einfache Fahrzeit		Anzahl der Sprachen nach Kenntnisstand					
Zeit	n %	mutter- sprachlich	n %	fließend	n %	Grundkenntnisse	n %
bis 0,5 h oder k. A.	47 21,2%	1	214 96,4%	0	86 38,7%	0	25 11,3%
0,5 – 2 h	71 32%	2	7 3,2%	1	119 53,6%	1	112 50,5%
2 – 4 h	60 27%	3	1 0,5%	2	15 6,8%	2	70 31,5%
4 – 6 h	33 14,9%			3	1 0,5%	3	15 6,8%
6 - 11 h	11 5,1%			4	1 0,5%		
Gesamt	222 100%		222 100%		222 100%		222 100%

k. A.= keine Angabe

Einfache Fahrtzeit nach Hause

Insgesamt formulierten 75 Schülerinnen, dass sie es als Belastung wahrnehmen, von Familie, Freunden und Partner getrennt zu sein, weil sie für die Hebammen-Ausbildung ihren Wohnort wechseln mussten. Dieser Aspekt wurde im Vorfeld als mögliche Belastung vermutet, weshalb die Schülerinnen gebeten wurden, eine Einschätzung zu treffen über die einfache Fahrzeit zu ihrem Heimatort, wenn sie wegen der Ausbildung umgezogen sind. Eine Fahrtzeit von bis zu 0,5 Stunden haben 47 (21,2%) angegeben. 71 Schülerinnen (32%) benötigen 0,5 bis 22 Stunden. Weitere 60 Schülerinnen (27%) benötigen 4 bis 6 Stunden und 6 bis 11 Stunden Fahrzeit werden von 11 Schülerinnen (5,1%) angezeigt.

Sprachen

Auf dem *muttersprachlichen* Niveau geben 214 (96,4%) eine Sprache an, 7 (3,2%) zwei Sprachen und 1 (0,5%) drei Sprachen an. *Fließend* beherrschen: 119 (53,6%) eine weitere Sprache, 15 (6,8%) zwei weitere Sprachen und 2 (1,0%) drei und vier weitere Sprachen und 86 (38,7%) gibt an *keine weitere Sprache fließend* zu sprechen. Die Anzahl der Schülerinnen, die *Grundkenntnisse* anderer Sprachen haben, wird wie folgt angegeben: 25 (11,3%) keine weitere Sprache, 112 (50,5%) eine weitere Sprache, 70 (31,5%) zwei weitere Sprachen und 15 (6,8%) drei weitere Sprachen.

Diese hohe Fremdsprachenkompetenz von 61,%, die mindestens eine Sprache fließend und 88,7%, die mindestens Grundkenntnisse haben, korrespondiert zum

hohen Anteil von 89,2% der Schülerinnen, die mindestens die Fachhochschulreife erlangt haben und bestätigt das relativ hohe Vorbildungsniveau der Hebammenschülerinnen.

Wohnform

Hinsichtlich der *Wohnform* (Tab. 18) gaben 30,2% der Probandinnen an im *Wohnheim* zu wohnen, 9,9% bei den *Eltern*, 28,4% in einer *eigenen Wohnung* und 31,5% in einer *anderen Wohnform*. Mit *anderer Wohnform* ist größtenteils das Wohnen in einer Wohngemeinschaft gemeint. Das Wohnen im Wohnheim bietet einerseits den Vorteil und die Möglichkeit, immer zeitnah eine Ansprechpartnerin zu finden, um über ein belastendes Thema zu sprechen. Andererseits kann die häufige Begegnung mit anderen, die Belastungen erleben und davon berichten, eine mögliche negative Beanspruchung verstärken. Belastungen bezüglich der *Wohnform* wurden bei der *Offenen Frage* nur von insgesamt 13 Schülerinnen formuliert (s. auch Anhang Tab. 1-12).

Tabelle 18: Wohnform der Probandinnen der quantitativen Analyse

Wohnform	Häufigkeit
Wohnheim	67 30,2%
Eltern	22 9,9%
Eigene Wohnung	63 28,4%
Anderer Wohnform	70 31,5%
Gesamt	222 100%

Als nächstes folgen die Ergebnisdaten der standardisierten Fragebögen. Als erstes wird die Veränderung der BM-, BL- und SOC-Werte von T1 zu T2 der Gesamtstichprobe angegeben.

5.5.2 Veränderung der BM-, BL- und SOC Werte von T1 zu T2

Mittels eines Histogramms wurde die optische Normalverteilung der Häufigkeiten der einzelnen Werte (BM, BL und SOC) von T1 und T2 dargestellt. Die Histogramme zeigen eine weitgehend normale Verteilung der Werthäufigkeiten³⁰.

³⁰ s. Anhang Abb. 1-6

Es wurde ein Mittelwertvergleich (T-Test von verbundenen Stichproben) der Gesamtstichprobe durchgeführt. Dieser ergibt eine signifikante Veränderung aller Testergebnisse von der ersten (T1) zur zweiten (T2) Erhebung (s. Tab. 19). Das heißt, alle Werte haben sich signifikant bis sehr signifikant verändert, was auf eine negative Veränderung schließen lässt (vgl. Bortz/Döring 2006:494)³¹. Die spätere Berechnung der BM-, BL- und SOC-Werte im Schulvergleich zeigten aber, dass sich der SOC-Wert nur bei der Schule N signifikant verändert hatte und dies zu einer Verzerrung des Gesamtergebnisses geführt hat³².

Tabelle 19: Mittelwert T1 und T2 von BM, BL und SOC

Variable	T1 (N=222)		T2 (N=222)		Differenz
	M	SD	M	SD	
BM	2,84	,624	3,13	,669	,30**
BL	17,57	8,19	22,84	8,88	5,27**
SOC	45,86	5,17	45,07	4,92	-0,78*

SOC = Sense of Coherence (M=48,05, SD=8,94); BM = Burnout Measure (M=3,3, SD=0,4-1,0);

BL = Beschwerdeliste (M=14,26, SD=10,33).

* $p < .05$. ** $p < .01$. **

Die Mittelweltergebnisse des SOC von T1 zu T2 – ohne die Ergebnisse der Probandinnen von Schule N – weisen keine signifikante Veränderung des SOC-Wertes auf, wie in folgender Auswertungstabelle ersichtlich (s. Tab. 20 und 21).

Tabelle 20: Statistik bei gepaarten Stichproben (SOC)

		Mittelwert	N	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	SOC T2-Ergebnis	45,18	207	4,885	,340
	SOC T1-Ergebnis	45,70	207	5,147	,358

Tabelle 21: Korrelationen bei gepaarten Stichproben (SOC)

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1	SOC T1-Ergebnis & SOC T2-Ergebnis	207	,428	,000

³¹ siehe auch Anhang, Tab. 20 und 21

³² siehe auch Anhang, Tab. 27/28 und 34

Burnout Measure (BM)

In Kapitel 5.3.5 wurde das Instrument zur Erfassung der psychophysischen Beanspruchung eingehend vorgestellt. Ein Wert von 2,0 bis 3,0 stellt keine bis geringe Burnout-Gefährdung dar. Ein Wert zwischen 3,1 und 3,6 signalisiert ein geringes bis mittleres Risiko und ein Wert ab 3,7 ein hohes Risiko für ein Burnout. Zur besseren optischen Darstellung werden die Werte nach dem Ampelsystem graphisch in den Abbildungen 3 und 4 dargestellt: 2,0 – 3,0 → Grün, 3,1 – 3,6 → Gelb und ab 3,7 → Rot.

Die Werte zeigen eine signifikante Mittelwertverschlechterung von $M = 2,84$ ($SD = .624$) bei T1 zu $M = 3,13$ ($SD = .669$) bei T2 auf einem Signifikanzniveau von 95%. Anhand der graphischen Darstellung ist gut erkennbar, dass die Anzahl der Werte im grünen Bereich bei T2 deutlich weniger sind, als noch bei T1. Ebenso ist eine deutliche Zunahme im roten Bereich bei T2 erkennbar.

Bei T1 waren 155 Schülerinnen (70%) im grünen Bereich, 41 Schülerinnen (18,6%) im gelben Bereich und 26 Schülerinnen (12%) im roten Bereich der Burnout-Werte-Einteilung. Bei T2 ergab sich die folgende Verteilung: 107 Schülerinnen (48,5%) waren im grünen Bereich, 64 Schülerinnen (28,9%) im gelben Bereich und im roten Bereich stieg die Anzahl der Schülerinnen auf 51 (22,8%) an.

Abbildung 3: Burnout-Measure (BM) T1

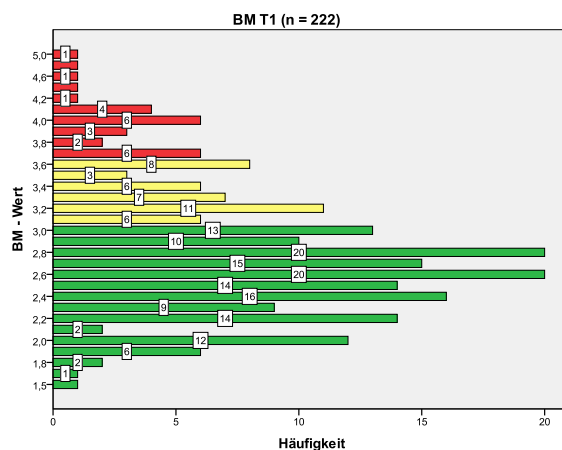
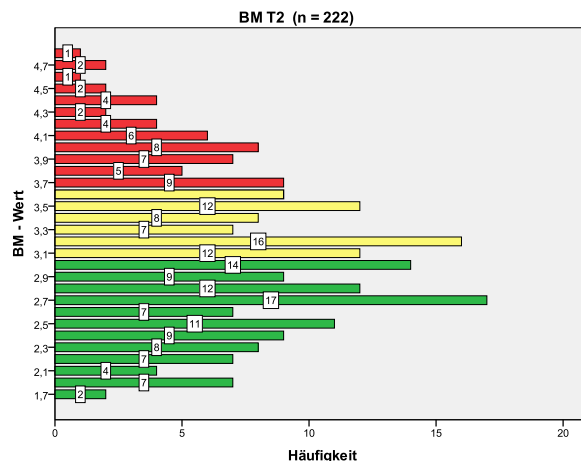


Abbildung 4: Burnout-Measure (BM) T2



Die sehr signifikante ($p = .000$) Veränderung der Burnout-Measure-Werte von T1 zu T2 in dieser Arbeit weisen darauf hin, dass die Hebammen-Schülerinnen nach dem ersten Ausbildungsjahr, beziehungsweise in der zeitlichen Mitte der Ausbildung, eine negative Beanspruchung erfahren. Die emotionale, geistige und körperliche Erschöpfung kennzeichnet das Ausbrennen (Burnout) (Pines et al. 2006:25). In den Freitextantworten haben 63 Probandinnen diese Entwicklung beschrieben:

L0228:

„Belastet hat mich innerhalb der Ausbildungszeit vor allem die große Müdigkeit, die ich fast täglich spüre. Ich habe stets das Gefühl, unausgeschlafen zu sein bzw. Nachholbedarf zu haben.“

T0214:

„Ständige Müdigkeit und Antriebslosigkeit“

G0253:

„Gefühl der schnellen Erschöpfung (nach Frühdienst bin ich sehr müde, auch wenn ich die Nacht 8 Stunden geschlafen habe). Insgesamt brauche ich seit Ausbildung sehr viel mehr Schlaf.“

Die strukturellen Rahmenbedingungen von Krankenpflegeschülerinnen und Hebammenschülerinnen sind vergleichbar (z. B. Schichtdienst, Wochenenddienst und Arbeitsorganisation), weshalb die Ergebnisse von Studien, die Burnout im relevanten Kontext behandeln zur Diskussion herangezogen werden. Eine österreichische Studie – unter Verwendung des Maslach Burnout Inventory (MBI) –

kam zu dem Ergebnis, dass die Burnout-Belastung von PflegeschülerInnen im dritten Ausbildungsjahr, im regionalen und nationalen Vergleich, der Belastung von berufstätigen Pflegepersonen entspricht (vgl. Hausmann 2009). Ein Hinweis für die Entwicklung eines Burnouts bereits während der Ausbildung gibt auch die Arbeit von Schikanski (2006).

Aries-Kiener & Zuppiger Ritter (1999:126) untersuchten mit einer Längsschnittstudie Burnout beim Pflegepersonal – mittels MBI - und fanden heraus, dass die Anstellungsdauer in einem signifikanten, negativen Zusammenhang zu emotionaler Erschöpfung und Depersonalisierung steht. Je länger die Anstellungsdauer der Pflegenden im Krankenhaus ist, desto weniger häufig geben diese Gefühle von emotionaler Erschöpfung oder Depersonalisierung an. Dies kann zum einen bedeuten, dass ein Teil derer, die stark beansprucht werden durch die Arbeit, ausscheiden und die eher robusteren Persönlichkeiten im Beruf verbleiben. Denkbar ist aber auch eine Adaption, Routine und Resignation bezüglich der wahrgenommenen Belastungen. Allerdings korreliert auch der Beschäftigungsgrad signifikant mit dem Burnout. Insgesamt, so schätzten deutsche Arbeitsexperten, hat die psychische Fehlbelastung der Beschäftigten von 32% (1999) auf 43% (2004) zugenommen (IGA-Report, 2004). Eine dänische Studie zeigte ebenfalls – branchenübergreifend - auf, dass es über den Zeitraum von zehn Jahren (1990 – 2000), einen signifikanten Anstieg der Fehlbelastungen durch psychosoziale Arbeitsfaktoren gab (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007).

Es findet, nach den vorliegenden Ergebnissen bereits während der Hebammenausbildung eine Fehlbeanspruchung statt, die zum Burnout führen kann. Welche Veränderungen der physischen und psychischen Befindlichkeit sich neben der Verschlechterung der Burnout-Werte ebenfalls mit Erhebung der Beschwerdeliste festgestellt werden konnten, wird im Folgenden aufgezeigt und diskutiert.

Beschwerdeliste (BL)

Mit der Beschwerde-Liste lassen sich quantitative Abschätzungen subjektiver Beeinträchtigung von 48 körperlichen oder Allgemeinbeschwerden erheben. Nach Zerssen (2000:9) gelten für Frauen Ergebnisrohwerte von 24 – 29 als fraglicher Hinweis und Werte von über 29 als (relativ) sicherer Hinweis auf eine Befindungsstörung. Diese Einteilung wird verwendet, um die Ergebnisse dieser

Arbeit – nach dem „Ampelprinzip“ – optisch darzustellen (s. Abb. 5 und 6). In der Gesamtstichprobe resultierte ein durchschnittlicher Gesamtrohwert bei T1 von $M=17,57$ und bei T2 von $M=22,84$, was eine sehr signifikante Zunahme der Beschwerden aufzeigt.

Abbildung 5: Beschwerdeliste (BL) T1

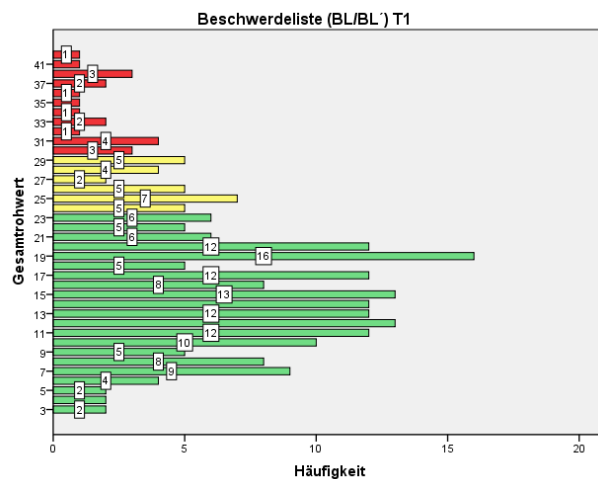
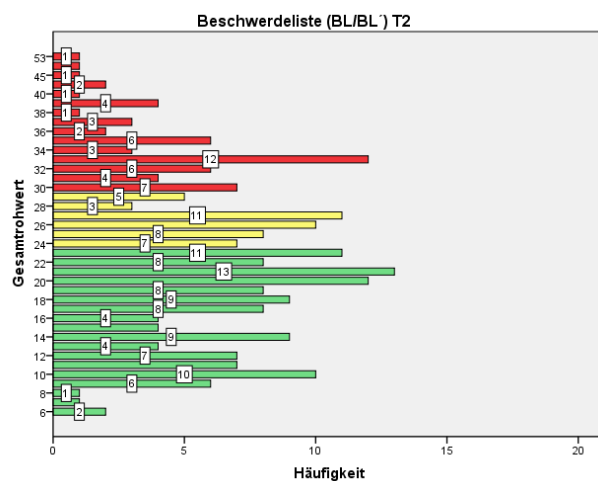


Abbildung 6: Beschwerdeliste (BL) T2



Die gängige Literatur über Berufsbelastungen zeigt insgesamt, dass die strukturellen Bedingungen für alle Berufe im Gesundheitswesen, wie beispielsweise der Schichtdienst, als Erklärungsfaktor dienen können (vgl. Paridon et al. 2004; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007). Besondere Belastungsfaktoren erfahren die Schülerinnen während der Kreißsaal-Einsätze durch die Unvorhersehbarkeit der Ereignisse. Erwartete aversive Stimuli

belasten in einem geringeren Maße als unvorhergesehene Stimuli. Ein unerwartetes Ereignis erfordert die sofortige Aufmerksamkeit und Reaktionsbereitschaft. Beispielsweise das plötzliche Auftreten einer schweren Blutung oder die Einlieferung einer Frau mit Presswehen kann – selbst gestandene Hebammen – fordern oder auch überfordern. Für die Schülerinnen kommt erschwerend hinzu, dass sie keine Kontrolle über die Situation haben, insbesondere in den ersten Kreißsaal-Einsätzen (vgl. Kieschke 2003).

Welche Gründe während der Ausbildungszeit für die signifikante Verschlechterung der BL-Ergebnisse verantwortlich sind, bleibt zunächst ungeklärt. Es stellt sich die Frage, ob die unterschiedliche Beanspruchung auf vergleichbare Belastungen eventuell durch ein Persönlichkeitsmerkmal erklärbar ist. Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse der Persönlichkeitsvariable *Sense of Coherence* vorgestellt, die mittels der Kurzskala SOC-L9 erhoben wurden.

Sense of Coherence – Kurzskala SOC-L9

Eine bevölkerungsrepräsentative Befragung ermittelte einen Skalenmittelwert für Frauen im Alter von 18-40 (N=384) von $M=48,05$ ($SD=8,55$) (vgl. Schumacher et al. 2000a). In der vorliegenden Arbeit liegt ebenfalls der Mittelwert der Gesamtstichprobe (N=222) in der ersten Erhebung (T1) bei $M=45,86$ ($SD=5,17$) und befindet sich somit im Normbereich. Der SOC-Wert der Gesamtstichprobe (N=222) verändert sich nur schwach als die Schule N aus der Gesamtstichprobe herausgefiltert wurde.

Antonovsky (1997:114) beschreibt, dass sich mit Ende der ersten Dekade des Erwachsenenalters der individuelle SOC einer Person auf einen bestimmten Wert eingependelt hat und dann stabiler bleibt als bei jüngeren Menschen. Bis zum Ende der ersten Lebensspanne beeindrucken inkonsistente Erfahrungen und deren Verarbeitung noch zu sehr, um die Ausbildung eines relativ stabilen SOC-Wertes zu ermöglichen. Das Lebensalter der Probandinnen in dieser Arbeit ist weitestgehend homogen, weshalb eine differenziertere Betrachtung nicht in Frage kommt (vgl. 5.5.1).

Frage 1(a) (s. 5.2): Steigt die negative physische und psychische Beanspruchung (BM/BL) von T1 zu T2?

- Es gibt eine sehr signifikante Verschlechterung der BM- und BL-Wert-Ergebnisse von T1 zu T2 der Gesamtstichprobe.

Frage 1(b): Sinkt der Kohärenzsinn (SOC) von T1 zu T2?

- Es gibt eine signifikante Verschlechterung der SOC-Wert-Ergebnisse von T1 zu T2 der Gesamtstichprobe. Dieses Ergebnis beruht auf einen Verzerrungseffekt, da der schulspezifische Mittelwertvergleich der SOC-Wert-Ergebnisse zeigte, dass sich der SOC-Wert nur bei der Schule N sehr signifikant veränderte. Ein Mittelwertvergleich der SOC-Wert-Ergebnisse von T1 zu T2 – ohne die Ergebnisse von Schule N – zeigten keine signifikanten Ergebnisveränderungen.

H₀ 1(a) wird zurückgewiesen und dadurch **wird die H₁ 1 (a):** Die negative physische und psychische Beanspruchung (BM/BL) steigt in der Gesamtstichprobe von T1 zu T2 **angenommen**.

H₀ 1(b): wird angenommen (wegen des Verzerrungseffekts) und dadurch wird die **H₁ 1 (b)** Sense of Coherence (SOC)-Wert sinkt in der Gesamtstichprobe von T1 zu T2 **zurückgewiesen**.

Die BM- und BL-Werte der Gesamtstichprobe haben sich von T1 zu T2 signifikant verändert. Ob und welche Korrelationen zwischen den einzelnen Ergebnissen vorhanden sind, wird mit dem nächsten Kapitel beschrieben.

5.5.3 Korrelationen der SOC-, BM- und BL-Ergebnisse

Mit dem Korrelationstest nach Pearson wird geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen den Ergebnissen des Burnout-Measures (BM) und der Beschwerdeliste (BL), sowie zwischen Sense of Coherence (SOC) und BM und BL besteht. Die Signifikanz der Korrelation wird 2-seitig getestet. Dieser zeigt, dass die untersuchten Variablen erwartungsgemäß sehr signifikant miteinander korrelieren ($p = .000$)³³. Als Orientierungshilfe für die Interpretation der Zusammenhänge dienen die folgenden Richtwerte wie in Brosius (2008:509) beschrieben (s. Tab. 22):

Tabelle 22: Korrelationskoeffizienten und mögliche Interpretation

Betrag des Korrelationskoeffizienten	Mögliche Interpretation
0	Keine Korrelation
über 0 bis 0,2	Sehr schwache Korrelation
über 0,2 bis 0,4	Schwache Korrelation
über 0,4 bis 0,6	Mittlere Korrelation
über 0,6 bis 0,8	Starke Korrelation
über 0,8 bis unter 1	Sehr starke Korrelation
1	Perfekte Korrelation

³³ siehe auch Anhang, Tab. 23-25

Die nachstehende Tabelle 23 zeigt die Korrelationen zwischen dem SOC, BM und BL (T1 und T1). Im weiteren Verlauf werden nur die Ergebnisse diskutiert die einen mittleren oder starken Zusammenhang aufweisen und im Kontext der Fragestellungen dieser Arbeit relevant sind.

Tabelle 23: Korrelation von BM, BL und SOC

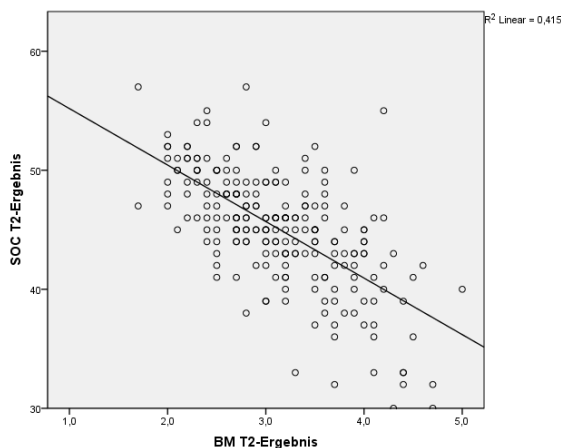
Korrelation nach Pearson (N = 222)						
Variable	1	2	3	4	5	6
1.SOC T1						
2.SOC T2	.41**					
3.BM T1	-.62**	-.40**				
4.BM T2	-.36**	-.65**	.59**			
5.BL T1	-.38**	-.26**	.64**	.41**		
6.BL T2	-.31**	-.46**	.51**	.68**	.57**	

SOC = Sense of Coherence (M=48,05; SD=8,94); BM = Burnout Measure (M=3,3; SD=0,4-1,0); BL = Beschwerdeliste (M=14,26; SD=10,33); „Grau“ geschriebene Ergebnisse=nicht relevant.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Es besteht eine signifikante negative Korrelation zwischen den individuellen SOC-Werten und den BM-Werten in dieser Studie. Der SOC-Wert (T1) und der BM-Wert (T1) korrelieren negativ ($r = -.62$). Der stärkste negative Zusammenhang zwischen allen Ergebnissen der Gesamtstichprobe von T1 und T2, erweist sich zwischen dem SOC-Wert (T2) und dem BM-Wert (T2) ($r = -.65$). Der negative Zusammenhang zum Zeitpunkt von T2 wird mit dem folgenden Streudiagramm (Abb. 7) optisch dargestellt. Der Regressionskoeffizient ($R^2 = 0,415$) weist darauf hin, dass die Korrelation niedrig ist und andere Einflussgrößen eine Rolle spielen.

Abbildung 7: Streudiagramm - Korrelation SOC (T2) mit BM (T2)



Bereits zu Beginn der Ausbildung (T1) gab es einen stark negativen Zusammenhang zwischen dem SOC-Wert und dem BM-Wert. Ein möglicher Erklärungsansatz findet sich eventuell in der Tatsache, dass ein Großteil der Probandinnen mit Beginn der Ausbildung, den Einstieg ins Berufsleben gemacht hat. Für viele Schülerinnen hat dies auch zur Folge gehabt, in eine andere Stadt zu ziehen und die gewohnte Umgebung und Freunde im Alltag nicht mehr präsent zu haben. Dass dies als Belastung empfunden wird, zeigen die Aussagen der Freitextantworten. Ob und in welchem Maß diese Belastung allerdings die erhobenen Werte beeinflusst hat, kann mit dieser Arbeit nicht geklärt werden.

Es zeigt sich ein schwacher negativer Zusammenhang zwischen dem SOC-Wert (T1) und dem BL-Wert (T1) ist ($r = -.38$) und ein mittlerer negativer Zusammenhang zwischen SOC-Wert (T2) und BL-Wert (T2) ($r = -.46$). Trotz der schwachen bis mittleren Korrelation lässt sich eine Tendenz erkennen, dass ein schwacher SOC mit negativer Beanspruchung zusammenhängt. Auch hier weist allerdings der Regressionskoeffizient ($R^2=0,231$) auf andere Einflussgrößen hin.

Je stärker der SOC einer Schülerin, desto weniger zeigt sich eine negative Beanspruchung durch hohe BM- und/oder BL-Werte in der Gesamtstichprobe. Dieser Zusammenhang verstärkt sich noch im Zeitablauf: Die Korrelation zum Zeitpunkt T2 ist stärker als zum Zeitpunkt T1. Dieses Ergebnis wurde erwartet, da es eine Vielzahl von Untersuchungen gibt, die einen Zusammenhang zwischen dem SOC-Wert und physischer und psychischer Gesundheit, Gesundheitszustand, Krankheit, subjektiv empfundene Gesundheit, Prävalenz von Krankheitssymptomen etc., bestätigen (vgl. Larsson & Kallenberg 1996; Nilson et al. 2000, Albertsen et al. 2001; Ryland & Greenfeld 1991; Harri 1998; Höge 2005).

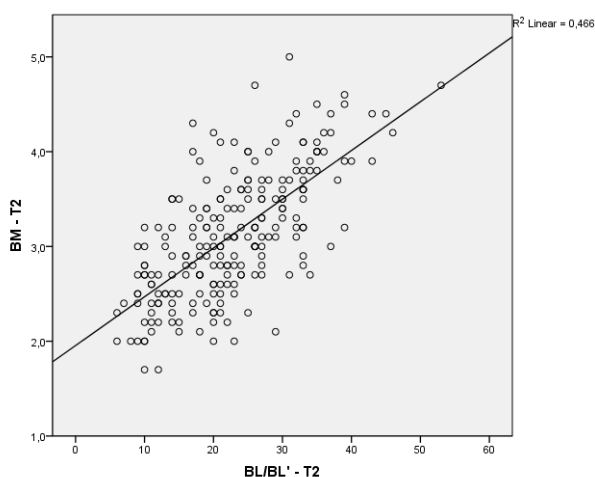
Frage 2: Besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem SOC-Ergebnis und dem BM- und/oder BL-Ergebnis?

- In beiden Erhebungen (T1 und T2) zeigt sich ein sehr signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem SOC-Ergebnis und dem BM-Ergebnis.
- Zwischen dem SOC- und BL-Wert besteht ein schwacher negativer Zusammenhang.

(H₀) 2 wird zurückgewiesen und somit wird **(H₁) 2**: Es besteht ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem SOC-Ergebnis und dem BL- und BM-Ergebnis, **angenommen**.

Die Ergebnisse des BM-Wertes (T1) und des BL-Wertes (T1) weisen – bei der Korrelationsberechnung nach Pearson – einen starken Zusammenhang auf bei T1 ($r=.64$), der sich stabil zeigt bei T2 ($r=.68$) (s. Abb. 8). Das bestätigt den Zusammenhang zwischen der (subjektiven) physischen und der psychischen Beanspruchung. Auch hier weist der geringe Regressionskoeffizient ($R^2=0,466$) auf andere Einflussgrößen hin.

Abbildung 8: Streudiagramm – Korrelation BM T2 mit BL T2



Frage 3: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem BM- und BL-Ergebnis?

Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen den BM- und BL-Ergebnissen in beiden Erhebungen.

(H₀) 3 wird zurückgewiesen und (H₁): Es besteht ein Zusammenhang zwischen BM- und BL-Ergebnissen, **wird angenommen.**

Die Korrelation der Ergebnisse für die Gesamtstichprobe wurde in diesem Kapitel behandelt. Das folgende Kapitel beschreibt die schulspezifischen Unterschiede der BM-, BL- und SOC-Wertergebnisse von T1 zu T2.

5.5.4 Schulspezifische Unterschiede der Ergebnisse

Die Wertveränderungen des BM, BL und SOC von T1 zu T2 der einzelnen Schulen, wurden mittels eines T-Tests bei gepaarten Stichproben errechnet³⁴. Eine optische

³⁴ Siehe auch Anhang, Tab. 34

Darstellung der schulspezifischen Unterschiede der Wertveränderungen wird mittels Balkendiagrammen dargestellt³⁵.

Burnout Measure (BM)

Der Wert des Burnout Measure (BM) hat sich signifikant bei 3 Schulen (A, O, und P) und bei 3 Schulen (K, N, T) sehr signifikant verschlechtert. Die Schule D weist eine tendenzielle ($\alpha\%$ kleiner als 0,1) Verschlechterung auf. Einzig bei der Schule U ist der Mittelwert identisch von T1 und T2 (s. Tab. 24).

Tabelle 24: Burnout Measure (BM) – Mittelwerte der Schulen

Burnout Measure (BM)						
Schule	n	T1		T2		Differenz
		M	SD	M	SD	
A	12	2,78	,488	3,23	,601	0,46*
B	15	2,85	,482	2,91	,500	0,07
D	14	3,13	,554	3,44	,520	0,31→
E	15	2,87	,768	2,93	,634	0,06
G	10	2,77	,707	3,05	,682	0,28
K	23	2,94	,596	3,26	,656	0,31**
L	15	2,35	,372	2,59	,448	0,25
M	23	2,95	,770	3,17	,850	0,22
N	15	2,60	,424	3,29	,660	0,69**
O	20	2,97	,680	3,31	,726	0,34*
P	16	2,83	,739	3,23	,739	0,39*
S	14	2,87	,631	3,21	,563	0,34
T	18	2,81	,629	3,19	,717	0,38**
U	12	2,80	,488	2,80	,488	0,00

Burnout Measure (M=3,3; SD=04,-1,0) * $p < .05$. ** $p < .01$. → $p < 0,1$

Beschwerdeliste (BL)

Der Beschwerdelisten-Wert (BL) hat sich signifikant von T1 zu T2 bei 3 Schulen (B, P und S) und sehr signifikant bei 6 Schulen (A, D, K, L, O, und T) verschlechtert. Nur die Schule E weist einen kongruenten Wert von T1 zu T2 auf. Neben den neun Schulen, deren Wert sich signifikant verschlechtert hat, ist eine tendenzielle Verschlechterung bei Schule U erkennbar (s. Tab. 25).

³⁵ siehe Anhang, Abb. 7-9

Tabelle 25: Beschwerdeliste (BL) – Mittelwerte der Schulen

Beschwerdeliste (BL)						
Schule	n	T1		T2		Differenz
		M	SD	M	SD	
A	12	13,67	4,21	22,83	9,40	9,2**
B	15	16,80	6,33	20,67	7,45	3,9*
D	14	17,86	7,48	25,71	9,75	7,9**
E	15	18,60	6,61	18,60	5,90	0,0
G	10	19,90	9,68	20,90	8,35	1,0
K	23	20,00	10,54	25,26	8,92	5,3**
L	15	12,47	6,63	18,20	7,37	5,7**
M	23	21,04	8,27	24,13	9,61	3,1
N	15	16,73	5,80	18,93	7,91	2,2
O	20	19,30	10,33	28,55	11,55	9,3**
P	16	18,06	7,05	22,63	7,00	4,6*
S	14	15,14	7,34	20,93	6,22	5,8*
T	18	14,89	8,09	25,17	9,58	10,3**
U	12	18,25	9,07	22,25	7,06	4,0→

Beschwerdeliste (M=14,26; SD=10,33) * $p < .05$. ** $p < .01$. → $p < 0,1$

In der Tabelle 12 in Kapitel 5.3.3. zeigt sich, dass bei der zweiten Erhebung (T2) 7 Schülerinnen zum Erhebungszeitpunkt krank waren und 9 Schülerinnen der Gesamtstichprobe zwischen T1 und T2 die Ausbildung abgebrochen haben. Ein Zusammenhang zwischen den Schulen, die eine signifikanten BM- und BL-Verschlechterung aufzeigten und der Anzahl Schülerinnen, die krank waren bzw. die Ausbildung abgebrochen haben, konnte nicht festgestellt werden.

Neben der Mittelwertveränderung zeigt sich bei den schulspezifischen Ergebnissen auch eine tendenzielle Steigerung der Standardabweichung (SD) von T1 zu T2, das heißt die Streuung in den Gruppen wird breiter. Dies gibt einen Hinweis auf personenbezogene Differenzen innerhalb der Schulen.

Sense of Coherence (SOC)

Der SOC-Klassen-Mittelwert hat sich nur bei der Schule N signifikant verschlechtert. Bei der Schule A ist eine tendenzielle Verschlechterung erkennbar. Die Mittelwerte der Schulen werden in Tabelle 26 angegeben.

Tabelle 26: Sense of Coherence (SOC) – Mittelwerte der Schulen

Sense of Coherence (SOC)						
Schule	n	T1		T2		Differenz
		M	SD	M	SD	
A	12	47,92	3,94	44,83	3,29	-3,08→
B	15	46,68	2,99	46,00	3,80	-0,67
D	14	44,43	3,30	43,29	3,10	-1,14
E	15	46,40	5,73	45,73	4,50	-0,67
G	10	48,10	4,56	47,00	3,20	-1,10
K	23	45,39	5,05	46,52	5,85	+1,13
L	15	48,47	3,25	48,07	2,94	-0,40
M	23	44,61	5,53	44,83	5,12	+0,22
N	15	48,07	5,13	43,60	5,40	-4,47**
O	20	45,35	5,44	43,90	6,85	-1,45
P	16	44,38	6,53	43,69	6,84	-0,69
S	14	45,43	5,13	44,29	3,43	-1,14
T	18	43,83	7,24	44,72	4,40	+0,89
U	12	45,50	3,80	44,83	4,53	-0,67

Sense of Coherence (M=48,05; SD=8,94) * $p < .05$. ** $p < .01$. → $p < 0,1$

Differenz der Mittelwerte von T1 zu T2 (BM, BL und SOC) im Überblick

Bei den Schulen E, G, M und U zeigte kein Wert eine signifikante Verschlechterung. Bei der Schule E hat sich der BL-Wert und bei der Schule U hat sich der BM-Wert von T1 zu T2 nicht verändert. Der BM- als auch der BL-Wert hat sich bei fünf Schulen signifikant verschlechtert (A, K, O, P und T). Eine sehr signifikante Verschlechterung des BM- und BL-Wertes findet sich bei der Schule K und T.

Nur bei der Schule N zeigt sich eine sehr signifikante Veränderung des SOC auf dem 0,1%-Niveau von T1 zu T2. Weiterhin zeigt sich bei den Probandinnen der Schule N auch eine sehr signifikante Veränderung auf dem 0,1%-Niveau des BM-Wertes. Allerdings weisen die Schulen A, K, O und T ebenfalls eine signifikante Veränderung des BM-Wertes auf und bei diesen Schulen hat sich der SOC-Wert nicht signifikant verändert (s. Tab. 27).

Die Ergebnisse zeigen einen schulspezifischen Unterschied hinsichtlich der negativen Beanspruchung. Aufgrund der unterschiedlichen organisatorischen und strukturellen Bedingungen der Hebammenschulen und der Ausbildungsorganisationen wurde dieses Ergebnis erwartet. Die Aspekte der

Struktur und Organisation in den Ausbildungsstätten, die einen Einfluss auf die negative Beanspruchung haben, wurden in dieser Arbeit nicht untersucht.

Tabelle 27: Schulspezifische Veränderung von BM, BL und SOC von T1 zu T2

Schule	n	BM Differenz	BL Differenz	SOC Differenz
A	12	0,46*	9,2**	- 3,08→
B	15	0,07	3,9*	-0,67
D	14	0,31→	7,9**	-1,14
E	15	0,06	0,0	-0,67
G	10	0,28	1,0	-1,10
K	23	0,31**	5,3**	+1,13
L	15	0,25	5,7**	-0,40
M	23	0,22	3,1	+0,22
N	15	0,69**	2,2	-4,47**
O	20	0,34*	9,3**	-1,45
P	16	0,39*	4,6*	-0,69
S	14	0,34	5,8*	-1,14
T	18	0,38**	10,3**	+0,89
U	12	0,00	4,0→	-0,67

→ $p < 0,1$. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Frage 4: Gibt es einen schulspezifischen Unterschied der Ergebnisse?

Ja, es gibt einen schulspezifischen Unterschied der Ergebnisse:

- Der Mittelwert des BM hat sich signifikant bei 3 Schulen (A, O und P) und sehr signifikant bei 3 weiteren Schulen (K, N und T) verschlechtert.
- Der Mittelwert des BL hat sich signifikant bei 3 Schulen (B, P und S) und sehr signifikant bei 6 Schulen (D, K, L, O und T) verschlechtert.
- Vier Schulen (E, G, M und U) weisen keine signifikante Verschlechterung der Werte auf.
- Der Mittelwert des SOC weist nur bei der Schule N eine signifikante Verschlechterung auf.

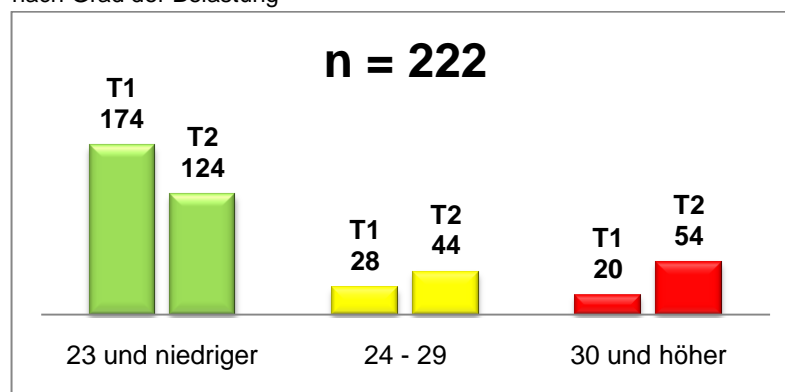
(H₀) 4 wird zurückgewiesen und (H₁) 4: Bezüglich der wahrgenommenen psychischen und physischen Beanspruchung (BM und BL/BL') der Probandinnen besteht ein schulspezifischer Unterschied **wird angenommen**.

Dieses Kapitel hat die schulspezifischen Unterschiede der Ergebnisse thematisiert. Diese Ergebnisse werden in Kapitel 5.5.8 noch einmal in Bezug gesetzt zu den Belastungen, die die Schülerinnen im Freitext formuliert haben. Das nächste Kapitel beschreibt die Ergebnisse der Beschwerdeliste (BL und BL')

5.5.5 Veränderung der Befindlichkeit

Die Beschwerdeliste bietet die Möglichkeit, auf einer vierstelligen Likert-Skala den Grad der Beschwerde einzuschätzen (von „gar nicht“ bis „stark“). Die Beschwerdeliste besteht aus zwei Fragebögen (BL und BL‘). Für beide Fragebögen wird ein eigenes Test-Score errechnet (vgl. Zerrsen 2000:8). Allerdings ist bisher nur der Gesamt-Score³⁶ von BL/BL‘ ausreichend validiert worden, weshalb beide Fragebögen in dieser Arbeit verwendet werden. Ein Gesamtergebnis – beider Fragebögen – mit einem Ergebnis von 24–29 wird im Manual zum Fragebogen als „fraglich belastet“ beschrieben, ein Ergebnis des Gesamtrohwertes über 29 als „(relativ) sicher“, um einen Hinweis auf eine Befindlichkeitsstörung anzuzeigen (ebd. 9). In dieser Arbeit werden die Ergebnisse nach dem Ampelsystem dargestellt: Bis einschließlich 23 = grün, 24–29 = gelb und ab 30 = rot (s. Abb. 9).³⁷

Abbildung 9: Ergebnisse der Beschwerdeliste (BL)
nach Grad der Belastung

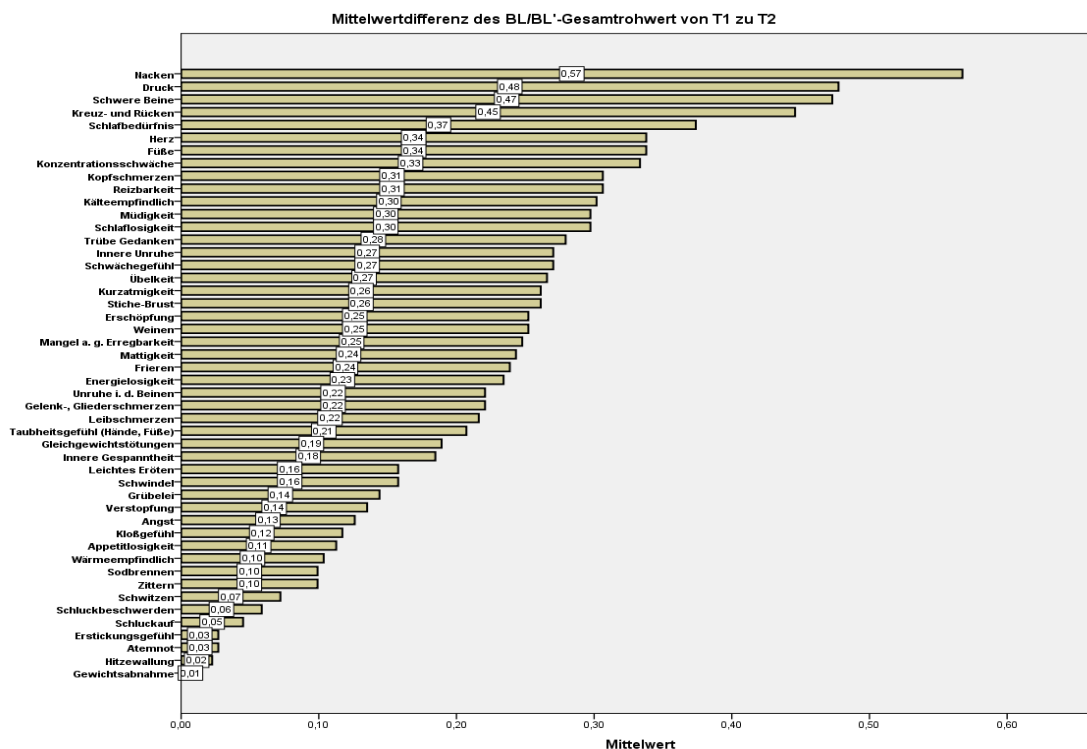


Die Beschwerdeliste besteht aus zwei Fragebögen (BL und BL‘) mit jeweils 24 physischen und psychischen Beschwerden. Zu jedem dieser Items wurde eine Delta-Variable errechnet von der ersten (T1) zur zweiten (T2) Erhebung. Zur graphischen Darstellung wurde ein Balkendiagramm erstellt, das die absteigenden Mittelwerte der Items aufzeigt (s. Abb. 10).

³⁶ Die Begriffe Gesamtwert, Gesamtrohwert, Gesamtergebnis und Gesamt-Score werden im Manual zum Instrument synonym verwendet (vgl. Zerrsen 2000).

³⁷ siehe auch Anhang, Tab. 36 und 38

Abbildung 10: Balkendiagramm der BL-Veränderung von T1 nach T2 pro Item



In der folgenden Tabelle 28 sind die „Top-Five“ der negativen Veränderungen der obigen Darstellung noch einmal nach Grad ihrer Mittelwertverschlechterung von T1 zu T2 aufgezeigt.

Tabelle 28: „TOP-Five“ der negativen Veränderung der BL-Items von T1 zu T2

Item der Beschwerdeliste	Mittelwert- Δ von T1 zu T2
1. Nacken und Schulterschmerzen	0,57
2. Druck- und Völlegefühl im Leib	0,48
3. Schwere Beine	0,47
4. Kreuz- und Rückenschmerzen	0,45
5. Übermäßiges Schlafbedürfnis	0,37

Zum Zeitpunkt T1 sind die allermeisten Hebammen-Schülerinnen noch nicht im praktischen Einsatz, und demnach nicht den Belastungen durch den damit einhergehenden Schichtdienst und körperlichen Einsatz wie langes Stehen, Patienten stützen und Sachen tragen sowie sozialen und psychologischen Belastungen ausgesetzt. Zum Zeitpunkt T2 sind die Hebamenschülerinnen diesen Belastungen ausgesetzt und dadurch erklären sich die Top 5 der negativen

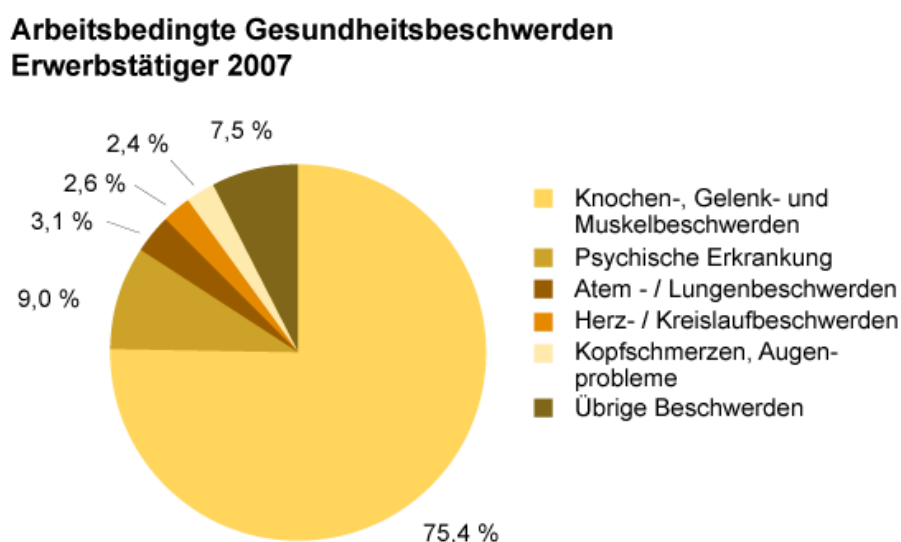
Veränderung. Die Tätigkeit der Hebammen im Kreißaal ist, wie bei allen Gesundheitsberufen, eine typisch personenbezogene Dienstleistungsarbeit (vgl. Nachreiner 1995), weshalb auch hier Studien, die Belastungen/Beanspruchung von berufsnahen Berufsgruppen (Gesundheits- und KrankenpflegerIn, AltenpflegerIn, KinderkrankenpflegerIn etc.) beschreiben, zur Diskussion der Ergebnisse herangezogen werden.

Baumgart et al. (2003) beschreiben Belastungen aus der Arbeitsumwelt für Pflegekräfte. Hierzu zählen u. a. körperliche Anstrengungen durch die eingeschränkte körperliche Funktionsfähigkeit der Patienten (Heben und Tragen). Außerdem ergonomisch ungünstige Bedingungen des Arbeitsfeldes wie z. B. langes Stehen. Diese Bedingungen und die daraus resultierenden Belastungen treffen auch auf die Arbeit der Hebammen zu, und somit auch auf die Hebamenschülerinnen. Die Ergebnisse der stärksten Mittelwertveränderungen der einzelnen Items der Beschwerdeliste bestätigen dies. Die stärkste Mittelwertveränderung in der Gesamtstichprobe zeigt sich bei den „Nacken- und Schulterschmerzen“. Auf Platz drei findet sich „schwere Beine“ und auf Platz vier „Kreuz- und Rückenschmerzen“, was auf eine relativ starke körperliche Beanspruchung durch die Ausbildungsanforderungen hinweist. Die körperlichen Beschwerden der „Top-Five-Liste“ in dieser Arbeit bestätigt die Ergebnisse von Engelkamp (2001), die bei einer Panelstudie bei AltenpflegeschülerInnen eine Zunahme der folgenden körperlichen Beschwerden ermittelte: Kreuzschmerzen, Kopfschmerzen, Schweregefühl, Muskelschmerzen und Schwächegefühl. Allerdings war bei Engelkamp (2001) nur die Beschwerdezunahme bei „Kreuzschmerzen“ signifikant ($p < .05$).

Eine Bevölkerungsrepräsentative Umfrage 2008 ergab, dass jeder dritte Betroffene seine Rückenschmerzen auf Belastungen im Beruf zurückführt (vgl. Barthelmes 2010:4). Muskel- und Skeletterkrankungen waren hinsichtlich der Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle im Jahr 2008 mit 17,2 Prozent der zweithäufigste Grund. Mit zunehmendem Alter treten diese häufiger auf und dauern auch länger an (ebd.2). Frauen sind weniger davon betroffen als Männer, bei Frauen liegt die durchschnittliche Falldauer höher (ebd. 4). Eine Erhebung der EU hat ergeben, dass 2007 in Deutschland 2 Millionen Erwerbstätige (6,3%) unter arbeitsbedingten Gesundheitsschäden litten, wovon 75,4% Knochen-, Gelenk- und

Muskelbeschwerden waren³⁸. In Anbetracht dieser Tatsachen und den volkswirtschaftlichen Kosten, die durch Muskel- und Skeletterkrankungen entstehen, die für 2007 auf 9,5 Milliarden Euro geschätzt wurde, kommt dem Ergebnis dieser Arbeit eine besondere Bedeutung zu.

Abbildung 11: Arbeitsbedingte Gesundheitsbeschwerden Erwerbstätiger 2007



Ergebnisse der Arbeitskräfteerhebung 2007.
Anteil an allen Erwerbstätigen mit arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden.

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009

Druck- und Völlegefühl im Leib nimmt den zweiten Platz auf der TOP-Five-Liste ein. Insbesondere die Nachtarbeit führt zu erhöhten Beschwerden des Magen-Darm-Traktes, weil der Verdauungstrakt entgegen seinem biologischen Rhythmus zur nächtlichen Verdauungsarbeit gezwungen wird. Waldbuessler (2004) untersuchte mit einer Längsschnittstudie die Veränderung von körperlichen Beschwerden bei Auszubildenden in den Kernberufen der Automobilbranche, die im Schichtdienst ihre Ausbildung absolvierten, über sechs Erhebungszeiträume hinweg. Er beobachtete einen Anstieg der Magen-Darm-Problematik im zweiten Ausbildungsjahr, diese zeigte sich aber über die gesamte Ausbildungszeit hinweg als das am wenigsten belastende Gesundheitsmerkmal (vgl. Waldbuessler 2004:148f).

38

Der Schichtdienst beeinträchtigt das Leistungsvermögen und erschwert das Regenerationsvermögen nach einer Beanspruchung. Bereits nach drei Tagen Nachtdienst wird der Grad der Erholung nach einer Beanspruchung deutlich beeinträchtigt (vgl. Schmid et al. 2008; Blaeser-Kiel 2006, Kollig 2006; Seibt et al. 2005). Reime (2000:460) verwendete in ihrer Arbeit den MBI zur Messung des Burnouts und fand heraus, dass hohe Werte auf der Subskala Depersonalisation mit einer gesteigerten Anzahl von Schlafstunden bei Hebammen assoziiert ist. In dieser Arbeit findet sich kein Zusammenhang zwischen dem *übermäßigem Schlafbedürfnis* und der Variable *BM-Delta*.

Frage 5:

Verschlechtern sich die Werte der Items der Beschwerdeliste, die die musko-skeletalen Befindlichkeiten beschreiben?

Die Items: Nacken- und Schulterschmerzen und Kreuz- und Rückenschmerzen gehören zu den fünf meistgenannten Befindlichkeiten, die sich von T1 zu T2 verschlechtert haben.

1. Nacken- und Schulterschmerzen
2. Druck- und Völlegefühl im Leib
3. Schwere Beine
4. Kreuz- und Rückenschmerzen
5. Übermäßiges Schlafbedürfnis

(H₀) 5 wird zurückgewiesen und (H₁) 5: Die Items der Beschwerdeliste, die die musko-skeletalen Befindlichkeiten beschreiben, werden sich deutlich verschlechtern, **wird angenommen.**

Nach der Darstellung der Befindlichkeiten, die die stärkste negative Entwicklung zeigten, werden nachfolgend die Ergebnisse der *Offenen Frage* zu individuellen Belastung vorgestellt.

5.5.6 Ergebnisse der „Offenen Frage“ zur individuellen Belastung

Um die individuellen Belastungsfaktoren der Schülerinnen zu ermitteln, wurde ihnen bei der zweiten Erhebung die „Offene Frage“ gestellt: „Was hat Sie persönlich während des ersten Ausbildungsjahres belastet?“.

Im Folgenden werden die Ergebnisse nach verschiedenen Aspekten vorgestellt der Ergebnisse:

- Ausbildungsbedingte Belastungen
- Private Belastungen
- Aussagen über physische und psychische Beanspruchungen

Im Anhang werden alle Kategorien nach Häufigkeit der Nennungen tabellarisch (Tabellen 25-51) dargestellt.

Ausbildungsbedingte Belastungen:

Für die ausbildungsbedingten Aussagen wurden Kategorien gebildet, die den Belastungsfaktoren nach Udris & Frese (1999) angehören. (siehe Kapitel 5.3.7):

- Stressoren in der Arbeitsaufgabe
- Stressoren in der sozialen Dimension
- Organisatorisch bedingte Stressoren
- Stressoren in der Berufskarriere
- Stressoren in der zeitlichen Dimension³⁹

Die Anzahl und Beschreibung der Kategorien, die zu den Belastungsfaktoren nach Udris & Frese (1999) gehören, werden in der o. g. Reihenfolge vorgestellt. Es werden nur die Kategorien aufgezeigt, die von wenigstens 10 Schülerinnen (5%) genannt wurden.

Stressoren in der Arbeitsaufgabe

Es wurde nach quantitativen und qualitativen Überforderungen bei der Auswertung unterschieden (s. Tab. 29). Aussagen der Probandinnen, die beispielsweise von „zu wenig Zeit“, „Zeitstress“ oder „keine Zeit für die Patientin“ berichten, wurden der Kategorie „Quantitative Überforderung“ zugesprochen. Ebenso Aussagen, die allgemeiner formuliert wurden, wie „stressige Tage“. In der Kategorie „Qualitative Überforderung“ berichten die Schülerinnen direkt oder indirekt über eine Überforderung:

G0246:

„Im Kreißsaal Angst haben Situationen fehlzuinterpretieren und die Situation nicht „angemessen“ an die Hebamme weiterzugeben. → Ständiger Druck, Angespanntheit.“

³⁹ siehe auch Anhang, Tab. 45-71

K0164:

„Schülerinnen werden als Hebammen-Ersatz eingesetzt und überfordert.“

Tabelle 29: Stressoren in der Arbeitsaufgabe

Stressoren in der Arbeitsaufgabe			
	n %		n %
Quantitative Überforderung (<i>quanüber</i>)	16 7,2%	Qualitative Überforderung (<i>qualüber</i>)	29 13,1%

Stressoren in der sozialen Situation

Der Großteil der Aussagen beschreibt Belastungsmomente in sozialen Beziehungen (s. Tab. 30). Diese wurden getrennt nach privaten und ausbildungsbedingten Belastungen. Die ausbildungsbedingten sozialen Belastungen wurden getrennt nach Berufsgruppen bzw. Personengruppen, die in den Aussagen benannt wurden (Arzt, Mitschülerinnen, Lehrerinnen und Hebammen). Diese Unterscheidung erschien nötig, um herauszufiltern, ob eine bestimmte Personengruppe als belastender wahrgenommen wird. Aussagen, die sich auf Stationen, Krankenschwester oder allgemein formuliert sind, wie beispielsweise „Personal“ oder „Angestellte im Krankenhaus“, wurden unter „Medizinisches Personal“ zusammengefasst. Die Aussagen, die sich auf das „Medizinische Personal“ oder „Hebammen/Kreißsaal“ beziehen, beinhalten verschiedene Aspekte von Belastungsmomenten, weshalb auch diese noch einmal aufgeschlüsselt wurden.

Die Kategorien im Bereich der „sozialen Beziehungen“ wurden deshalb so aufgeschlüsselt, weil die verschiedenen Aussagen auch von den Schülerinnen aufgezählt wurden. Dies lässt auf eine differenzierte Qualität im Erleben der Schülerinnen schließen. Mit Beispielaussagen zu den einzelnen Kategorien werden diese beschrieben:

Klima/ Stimmung: Hierzu zählen alle Aussagen, die beschreiben, wie die Schülerinnen die Stimmung wahrnehmen. Die Aussagen sind oft allgemeiner Natur, wie beispielsweise:

D0232:

„Atmosphäre der Hebammen untereinander oder auch Hebamme und Schüler.“

Tabelle 30: Stressoren in der sozialen Beziehung

Soziale Beziehung					
Medizinisches Personal	n %	Hebammen/ Kreißsaal	n %	Andere Berufs- bzw. Personengruppen	n %
Klima/ Stimmung (sbmpkli)	7 3,2%	Klima/Stimmung (sbhebkli)	29 13,1%	Mitschülerinnen (sbmitsch)	15 6,8%
Verhalten/ Umgang (sbmpverum)	13 5,9%	Verhalten/ Umgang (sbhebverum)	41 18,5%	Lehrerinnen für Hebammenwesen (sblehr)	11 5%
Fehlende Anerkennung (sbmpfa)	10 4,5%	Fehlende Anerkennung (sbhebfä)	13 5,9%	Arzt (sbarzt)	13 5,9%
Leistungsdruck (sbmpld)	9 4,1%	Leistungsdruck (sbheblä)	14 6,3%		
		Kommunikation (sbhebk)	21 9,5%		
		„Ungerechte Behandlung“ (sbhebung)	32 14,4%		
		Angst (sbhebangst)	27 12,2%		
		Rollen- ambiguität (sbhebra)	27 12,2%		
		Bestimmte Hebamme (sbhebbest)	11 5%		

Die Aussagen in den Kategorien Klima/ Stimmung und Verhalten und Umgang sind inhaltlich unterschiedlich besetzt. Während die Aussagen in der Kategorie Klima/ Stimmung mehr die subjektiv wahrgenommene Stimmungslage beschreiben, beziehen sich die Aussagen in der Kategorie Verhalten und Umgang auf konkretere Erfahrungsmomente. Die Schülerinnen beschreiben manchmal beides, was darauf schließen lässt, dass dies gemeinsam wahrgenommen.

P0107:

„Besonders belastend finde ich den oft sehr harschen Ton und Umgang im Kreißsaal. Eigentlich habe ich eine fröhliche Natur und ein gutes Selbstbewusstsein. Aber, im Kreißsaal frage ich mich manchmal wo diese Eigenschaften von mir

geblieben sind. Nicht der Umgang mit den Frauen fällt mir schwer, sondern der Umgang mit Hebammen mit den Schülerinnen.“

D0231:

„Unfreundliche Hebammen und schlechtes Klima im Kreißsaal.“

Die Kategorie Fehlende Anerkennung beinhaltet alle Aussagen, die beschreiben, dass die Schülerin zu wenig Lob, Anerkennung und Feedback erfahren hat.

L0221:

„Oftmals überhaupt keine Rückmeldung von Vollkräften über meine Arbeit, weder Lob noch Tadel.“

Leistungsdruck wird durch Hebammen und medizinisches Personal erlebt. Hier benennen die Schülerinnen, dass sie Erwartungen, Anforderungen oder Druck empfinden, etwas können oder leisten zu müssen. Dies grenzt sich schwer von der Kategorie *Qualitativen Überforderung* ab. Hier steht aber der „Druck“ im Zusammenhang mit der Leistung im Vordergrund und viele Schülerinnen verwendeten auch das Wort „Leistungsdruck“ in der Beschreibung. Der damit verbundene „Druck“ steht in einigen Aussagen im Zusammenhang mit der Angst vor dem Verlust von sozialer Anerkennung.

E0046:

„Leistungsdruck von Seiten der Hebammen; damit die Angst zu versagen und abgestempelt zu werden.“

In der Kategorie Kommunikation wurden alle Aussagen der Schülerinnen aufgenommen, die Belastungen in Zusammenhang mit der Kommunikation durch die Hebammen beschreiben. Also Aussagen die beschreiben, dass die Kommunikation der Hebammen gegenüber den Schülerinnen inhaltlich unangemessen oder vom Tonfall verletzend wahrgenommen wurde. Beispielsweise Kritik an einer Schülerin, die in unangemessener Weise vor der Frau/dem Paar kommuniziert wurde. Hierzu zählen auch Aussagen, die dies als Beobachtung und nicht als Erfahrung beschreiben. Eine verletzende oder unangemessene Form der Kommunikation beschreiben die Probandinnen nur in Zusammenhang mit den Hebammen.

L0227:

„Der Satz – im KRS – „Das müssten Sie eigentlich schon wissen!“

M0066:

„Erniedrigung im Kreißsaal durch Hebammen.“

In der Kategorie Ungerechte Behandlung wurden alle Aussagen der Schülerinnen aufgenommen, die den Umgang der Hebammen mit den Schülerinnen beschreiben und von der Schülerin als ungerecht empfunden wurden. Eine ungerechte Behandlung oder Umgang wurde nur in Zusammenhang mit dem Hebammen bzw. Kreißsaal formuliert. Ungerechtigkeit beschreiben die Schülerinnen häufig im Kontext von Kommunikation und Hierarchie.

B0192:

„Ungerecht behandelt zu werden:

- *Kritik ohne jegliche Anregung was gut / schlecht war bzw. verbesserungswürdig (im Kreißsaal)*
- *Wenn keine Zeit / Lust da ist um aufkommende Fragen zu beantworten.*
- *Wenn Dinge abverlangt werden, die wir nicht können müssen und nicht können, es versuchen und es nicht schnell genug gehen kann (unbekannte Geräte in unbekannten Räumlichkeiten holen, z. B. im OP).“*

Angst wurde in Zusammenhang von Hebamme oder Kreißsaal 27 mal (12,2%) genannt. Angst wurde aber in verschiedenen Kontexten benannt; sowohl vor den Hebammen, als auch davor Fehler zu machen. Einige Beschreibungen zeigen aber, dass die Angst eingebunden ist zwischen einer Aussage über Leistungsdruck und/oder dem Aspekt von dem Wunsch nach sozialer Anerkennung:

O0129:

„Hohe Erwartungen an einen selbst.

Angst, etwas im KRS falsch zu machen.

Drang, von Hebammen aus dem KRS akzeptiert und gemocht zu werden.“

A0094:

„Ich stehe oft unter erheblichen Druck; traue mich nicht Fragen zu stellen; habe

Angst Dinge nicht zu wissen, die ich noch gar nicht wissen kann.“

Rollenambiguität bedeutet in diesem Kontext, dass Erwartungen, die an die Schülerinnen gestellt werden, nicht eindeutig sind oder Unklarheit darüber herrscht, welche Handlungen die Anweisung beinhaltet. Hierunter fallen vor allem die Aussagen, die beschreiben, dass jede Hebamme eine andere Arbeits- und

Vorgehensweise wünscht und die Schülerinnen sich immer entsprechend anpassen sollen, wie dieses Beispiel zeigt:

D0243:

„Jede Hebamme will, dass man anders bzw. nach ihren Maßstäben arbeitet, man kann es keinem Recht machen.“

Kritisch muss hier angemerkt werden, dass manche Aussagen der Kategorie *Rollenambiguität* durchaus auch in der Kategorie *Qualitative Überforderung* gepasst hätten. Rollenambiguität und Rollenkonflikt wurden jeweils getrennt nach Hebammen/Kreißsaal und Aussagen zu anderen Berufsgruppen bzw. über die Stationen erfasst. Aufgezeigt wird im Folgenden nur die Kategorie *Rollenambiguität*, die sich auf die Hebammen bezieht, weil alle anderen Kategorien von weniger als 10 Schülerinnen genannt wurden.

Bestimmte Hebammen beschreiben Aussagen, die klar formulieren, dass nur einzelne Hebammen und deren Verhalten als Belastung empfunden werden:

T0212:

„Die Zusammenarbeit mit einer bestimmten Hebamme, die keinerlei Hilfestellung gibt und mich und Kolleginnen vor Patienten in einem lautstarken Ton zurechtweist, belastet mich immer noch.“

Organisatorisch bedingte Stressoren

In dieser Kategorie wurde zwischen den organisatorisch bedingten Stressoren, die sich während der praktischen Einsätze ergeben und denen, die mit der Schule zusammenhängen, unterschieden. Aussagen, die Belastungen bezüglich der praktischen Organisation beschreiben, beziehen sich auf verschiedene Aspekte der Praxis wie beispielsweise das mangelnde Erleben des Theorie-Praxis-Transfers, Personalmangel oder wenig Mitgestaltungsmöglichkeiten. In der Kategorie „Organisation-Schule“ wurden alle Aussagen aufgenommen, die belastende Aspekte beschreiben, die sich auf die Schule beziehen wie beispielsweise die Organisation der praktischen Einsätze, wahrgenommene Qualität des Unterrichtes oder die Doppelbelastung von Arbeit und Lernen. Es nannten 20,3% Belastungen in

der Kategorie „Organisation-Schule“ und 23,9% in der Kategorie „Organisation-Praxis“.

Stressoren in der Berufskarriere

Bezieht sich nach Udris & Freese (1999) auf alles, was beispielsweise mit den Umstellungsprozessen bei Eintritt in das Berufsleben, Einführung neuer Technologien oder betriebliche Umstellungsprozesse zusammenhängt. In dieser Arbeit werden alle Aussagen, der Schülerin in diese Kategorie mit aufgenommen, die sich darauf beziehen, dass die Realität des Hebammenberufes als Belastung angesehen wird (z. B. „Frauen unter der Geburt leiden sehen zu müssen“, „Totgeburten“ oder „kranke Kinder“). Darüber hinaus aber auch alle Belastungen, die durch die ausbildungsbedingten Einsätze auf den verschiedenen Stationen (z. B: Kinderklinik, onkologische Station) beschrieben werden. 21,6% der Hebammenschülerinnen nannte Belastungen in dieser Kategorie.

Dieses Ergebnis überrascht nicht, da die Hebammenschulen zum größten Teil angeschlossen sind an Ausbildungsstätten, denen eine Kinderklinik oder ein Zentrum für Pränataldiagnostik angehört. Dadurch ist beispielsweise die Anzahl der Frühgeburten oder die Betreuung von Spätaborten deutlich höher. Außerdem werden die Schülerinnen während der Ausbildung auch auf den onkologischen Stationen eingesetzt, was ebenfalls zu Belastungsmomenten führt.

Stressoren in der zeitlichen Dimension

Hierzu zählen Schicht-, Nacht-, Wochenend-, Feiertagsdienst, langes Arbeiten, spezielle Arbeitsformen wie Arbeitsdienst auf Abruf – jegliche Angaben, die mit der Arbeitszeit und geringer Kontrolle über die eigene Zeitgestaltung zusammen hängen. Belastungen in der „Zeitlichen-Dimension“ wurden von 27,5% der Schülerinnen genannt.

Die Schülerinnen beschreiben in ihren Aussagen zu der Belastung durch die Schichtarbeit⁴⁰ häufig auch körperliche Beschwerden oder mangelnde soziale

⁴⁰ Schichtarbeit wird synonym verwendet für Nachtdienst, Wochenenddienst, Feiertagsdienst, langes Arbeiten und abrufbar sein.

Kontakte. Die negative Beanspruchung durch die Schichtarbeit und die sozialen Auswirkungen werden in der Literatur verschiedentlich diskutiert (vgl. Kollig 2006; Harth et al. 2009). Schichtarbeit lässt sich gesundheitsgerecht oder weniger gesundheitsgerecht gestalten (vgl. Kollig 2006). In Kapitel 5.5.8 wird deshalb untersucht, ob die negative Beanspruchung der Probandinnen in dieser Arbeit und den Angaben zur „Zeitlichen Dimension“ einen schulspezifischen Unterschied erkennen lassen.

Private Belastungen:

Es wurden eine Reihe von privaten Belastungen beschrieben, die sich drei Gruppen zuordnen lassen:

1. Private Belastungen – Verschiedenes (privver):
Diese Kategorie umfasst verschiedene Aussagen, die beschreiben, dass die Schülerinnen eine Belastung erfährt, die auf ihre Person zurückzuführen sind oder allgemeiner Natur sind und mit dem Privatleben zu tun haben (z. B. Angst vor Prüfungen, Probleme mit sozialer Akzeptanz, Klausuren etc. und alle Aussagen, die allgemein formuliert, sich auf das Privatleben beziehen; „Private Probleme“).
2. Private Belastungen – Soziale Beziehungen (privsb):
Hierunter fallen alle Aussagen, die beschreiben, dass es Probleme mit oder durch andere Menschen im privaten Umfeld gibt (z. B. Trennung vom Partner, Streit mit der Mutter, Krankheit eines Familienmitgliedes, Trennung von Familie und Freunden durch Umzug etc.).
3. Private Belastungen – Eigener Druck (prived):
In dieser Kategorie sind alle Aussagen vertreten, die den „Eigenen Druck“ als Zustand beschreiben, dies wird aber nicht im Zusammenhang mit der Ausbildung beschrieben, sondern offen formuliert (z. B. „Auf keinen Fall Schwäche zeigen“, „Immer Leistung bringen zu müssen“ oder „Eigene Ansprüche/Erwartungen zu erfüllen“).

Aussagen über psychische und physische Beanspruchung:

Insgesamt 93 Aussagen der Schülerinnen beschreiben physische oder psychische Auswirkungen aufgrund der von ihnen beschriebenen Belastungsmomente. Diese Teile der Aussagen wurden nicht berücksichtigt, weil nicht nach den Auswirkungen, sondern nach den Belastungen gesucht wird. Weitere 42 Aussagen konnten keiner Kategorie zugeordnet werden. Hierbei handelte es sich häufig um einzelne Worte, die notiert wurden, wie „Zeitmanagement“, oder Aussagen, die einen tautologischen

Charakter haben wie z. B: „Der Ton macht die Musik“ und in keinem Zusammenhang zu Personen oder Situationen beschrieben wurde.

Frage 6:

Beziehen sich die häufigsten Belastungen, im sozialen Kontext, auf die Hebammen?
Ja, die häufigsten Belastungen, im sozialen Kontext, beziehen sich auf die Hebammen (insgesamt 188 Einzelnennungen).

Die Gegenhypothese (H_0) 6 wird zurückgewiesen und die Hypothese 6 (H_1):

Die häufigsten Belastungen im sozialen Kontext beziehen sich auf die Hebammen, **wird angenommen.**

In diesem Kapitel wurden die Kategorien, die zu den Freitextantworten auf die *Offene Frage*, gebildet wurden und die Häufigkeitsnennungen in den einzelnen Kategorien geschildert. Das nächste Kapitel stellt den Zusammenhang zwischen diesen Kategorien und den Ergebnissen der BM- und BL-Wertveränderungen vor.

5.5.7 Zusammenhang zwischen individueller Belastung und BM-, BL- und SOC- Ergebnissen

Es gilt nun zu prüfen, ob und welche Kategorien der Freitextantworten mit der Veränderung des BM- und BL-Wertes korrelieren. Hierzu wurde die Differenz zwischen dem BM- und BL-Ergebnis von T1 zu T2 berechnet und als Variablen abgespeichert (BM-Delta und BL-Delta). Der Zusammenhang zwischen Differenzvariablen und den einzelnen Antwort-Kategorien der *Offenen Frage* wurde mit dem Korrelationstest nach Pearson berechnet. Es zeigten sich ein paar signifikante aber nur sehr schwache bis schwache Zusammenhänge mit insgesamt sieben Kategorien und dem BM- und BL-Delta, die in der folgenden Tabelle angegeben werden. Mittels Korrelationstest nach Pearson wurde auch geprüft, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen den absoluten SOC-Werten von T1 und/oder T2 mit den individuellen Belastungen – hier wurden keine signifikanten Korrelationen gefunden⁴¹.

⁴¹ siehe auch Anhang, Tab. 73-81

Tabelle 31: Korrelation des BM- und BL-Deltas mit den Belastungskategorien

Kategorie	Häufigkeiten %	BM-Delta	BL-Delta
Zeitliche Dimension	61 27,5%	.186**	.125
Organisation-Praxis	53 23,9%	.218**	.110
Berufskarriere	48 21,6%	-.080	-.136*
Privat-Eigener Druck	37 16,7%	.081	.208**
Soziale Beziehungen/ Hebammen/ Fehlende Anerkennung	13 5,9%	.136*	.032
Soziale Beziehungen/ Medizinisches Personal/ Verhalten und Umgang	13 5,9%	.058	.139**
Soziale Beziehungen/ Hebammen/ Bestimmte Hebamme	11 5,0%	.122	.136*

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Der erwartete Zusammenhang zwischen den Kategorien der Freitextantworten und den BM- und BL-Wert-Ergebnissen zeigt sich nicht. Die Erfassungsform der subjektiven Belastungen per Freitext ist eventuell zu offen, um die relevanten Belastungsmomente zu erfassen.

Frage 7:

Sind die Belastungen (Freitextantworten) in Zusammenhang zu bringen mit den Auswirkungen der BL- und/oder BM-Wert-Veränderung?

Nein, es gibt keinen statistisch relevanten Zusammenhang zwischen den Belastungen und der BL- und/oder BM-Wert-Veränderung.

(H₀) 7: Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Belastungen (Freitextantworten) und der psychischen und physischen Beanspruchung (BM- und BL-Ergebnisse) **wird angenommen**, und die **Hypothese 7 (H₁)** wird **zurückgewiesen**.

Im folgenden Kapitel werden die schulspezifischen BM-, BL- und SOC-Ergebnisse über die prozentualen Häufigkeitsnennungen der Kategorien der Freitextantworten interpretiert.

5.5.8 Schulspezifischer Zusammenhang zwischen den Freitextantworten und BM-, BL- und SOC-Ergebnissen

Dieses Kapitel diskutiert die unterschiedlichen Ergebnisse der signifikanten Veränderungen der BM-, BL und SOC-Werte von T1 zu T2 der Schulen (A, B, D, K, L, N, O, P und T) über die Interpretation der subjektiven Belastungen der Hebammenschülerinnen im Schulvergleich. Die Schülerinnen haben ihre subjektiven Belastungen im Stil des Freitextes beschrieben, diese wurden in Kategorien zusammengefasst (s. 5.5.6). Hierbei werden die prozentualen Nennungen in den Belastungs-Kategorien pro Schule verglichen mit dem Durchschnitt aller Schulen als auch mit dem Durchschnitt derjenigen Schulen (E, G, M, S und U), deren BM-, BL- und SOC-Ergebnisse sich nicht signifikant verschlechtert haben. Im Folgenden werden nur die Kategorien zur Diskussion herangezogen, deren Nennungen in den Schulen mindestens 10% über dem Gesamtdurchschnitt liegen⁴².

Schulerggebnisse:

In **Schule A** (n=12) hat sich signifikant der BM-Wert und sehr signifikant der BL-Wert verschlechtert. Die Probandinnen der Schule A benennen Belastungen in den Kategorien: Organisation-Praxis (50%), Berufskarriere (33,3%), Qualitative Überforderung (50%), Soziale-Beziehungen-Hebammen: (1) Angst (25%), (2) Stimmung/Klima (25%), (3) Verhalten/Umgang (41,7%), (4) Fehlende Anerkennung (25%) und (5) Rollenambiguität (41,7%).

Tabelle 32: Schule A - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien

Kategorien	Prozentuale Häufigkeitsnennungen		
	Schule A (n=12)	Gesamtstichprobe (N=222)	Schulen E, G, M, S und U (n=74)
Organisation-Praxis	50,0%	23,9%	23,0%
Berufskarriere	33,3%	21,6%	21,6%
Qualitative Überforderung	50,0%	13,1%	14,9%
Soziale-Beziehungen-Hebammen: (1) Angst	25,0%	12,2%	9,5%
(2) Stimmung/Klima	25,0%	13,1%	12,2%
(3) Verhalten/Umgang	41,7%	18,5%	14,9%
(4) Fehlende Anerkennung	25,0%	5,9%	4,1%
(5) Rollenambiguität	41,7%	12,2%	9,5%

⁴² Siehe hierzu auch Anhang, Tab. 82-85

Die praktische Organisation wird von der Hälfte der Schülerinnen als belastend erfahren. Die Hälfte der Schülerinnen macht Angaben über qualitative Überforderung (50%) und zur Rollenambiguität (41,7%). Eventuell ist die qualitative Überforderung auf die unklaren Anweisungen und Erklärungen zurück zu führen. Die Angaben in den Kategorien: Soziale-Beziehungen-Hebammen: Angst, Stimmung/Klima und Verhalten/Umgang weisen auf ein ausbildungsunfreundliches Klima hin. Aus den Aussagen der Schülerinnen lässt sich interpretieren, dass die qualitative Überforderung auch daraus resultiert, dass die Hebammen sich zu Lasten der Schülerinnen entlasten.

A-0092:

„Zu viel Verantwortung übernehmen zu müssen, weil die Hebamme auf dem Sofa sitzt und strickt und sich kaum dafür interessiert, was man als Schülerin gerade tut.“

A-0089:

„Manchmal in Situationen allein gelassen zu werden, die ich noch nicht einschätzen kann und in denen ich unsicher bin, wie ich wann reagieren soll.“

Schlechte Stimmung im Kreißsaal sowohl unter den Hebammen als auch vielfach im Hebammen-Schülerinnen-Verhältnis.

(...)

Angst für etwas verantwortlich gemacht zu werden, was ich noch nicht verantworten kann (Bsp.: Eine Hebamme, die uns viel allein arbeiten lässt, ohne uns zu kontrollieren, auch wenn man nachfragt, wenn dann etwas falsch gemacht wird, trägt man dafür die Verantwortung).“

Die Schülerinnen der Schule A haben überdurchschnittlich viele Belastungen in 8 verschiedenen Kategorien genannt. Im Schulvergleich berichten die Hebammenschülerinnen der Schule A über die meisten Belastungen in verschiedenen Kategorien. Sie machen auch die meisten Angaben über Belastungen bezüglich der sozialen Beziehung zu den Hebammen. Der SOC-Wert in dieser Schule hat sich nicht signifikant verändert, zeigt aber nach der sehr signifikanten Wert-Veränderung der Schule N, die stärkste Veränderung auf.

In **Schule B** (n=15) hat sich signifikant der BL-Wert verschlechtert. Bei Schule B ist einzig die Kategorie: Berufskarriere (40%) auffällig, das heißt die Schülerinnen

erleben hier die berufsspezifischen Erfahrungen als überdurchschnittlich belastend (z. B: Tod, Schmerz und Krankheit).

Tabelle 33: Schule B - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien

Kategorie	Prozentuale Häufigkeitsnennungen		
	Schule B (n=15)	Gesamtstichprobe (N=222)	Schulen E, G, M, S und U (n=74)
Berufskarriere	40,0%	21,6%	21,6%

Dieses Ergebnis kann zufällig zustande gekommen sein. Möglich wäre aber auch, dass die Ausbildungsorganisation keine oder zu wenig Unterstützungsmaßnahmen anbietet, um diese Form der Belastungen entsprechend zu verarbeiten, wie beispielsweise einen Ansprechpartner oder Supervision.

B-0185:

„Geburt von Zwillingen, bei denen der erste sofort nach der Geburt verstorben ist (erstes totes Kind). Am schlimmsten dabei war das „Einpacken“ des Leichnams.“

Im Schulvergleich der Schulen, deren Ergebnisse (BM, BL und SOC) sich signifikant verschlechtert haben, geben die Probandinnen der Schule B nur in einer Kategorie überdurchschnittlich häufige Belastungen an. Alle anderen Schulen geben wenigstens 2 Kategorien an.

Bei den Probandinnen der **Schule D** (n=14) hat sich der BL-Wert sehr signifikant verschlechtert. Die Schülerinnen der Schule D beschreiben überdurchschnittlich häufig Belastungen in den Kategorien: Soziale-Beziehungen-Mitschülerinnen (21,4%), Soziale-Beziehungen-Hebammen: Kommunikation (21,4%) und Rollenambiguität (28,6%).

Tabelle 34: Schule D - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien

Kategorien	Prozentuale Häufigkeitsnennungen		
	Schule D (n=14)	Gesamtstichprobe (N=222)	Schulen E, G, M, S und U (n=74)
Soziale-Beziehungen-Mitschülerinnen	21,4%	6,8%	5,4%
Soziale-Beziehungen-Hebammen: (1) Kommunikation	21,4%	9,5%	8,1%
(2) Rollenambiguität	28,6%	12,2%	9,5%

Die Schülerinnen der Schule D nennen als einzige Schule im Schulvergleich zu den Schulen, deren Ergebnisse (BM, BL und SOC) sich signifikant verschlechtert haben, überdurchschnittliche viele Belastungen in der sozialen Beziehung zu 3 verschiedenen Berufsgruppen (Hebammen, Lehrerinnen und Mitschülerinnen).

D-0234:

„Zusammen mit bestimmten Hebammen, die keine konstruktive, sondern angreifende Kritik ausüben.“

D:0238:

„Häufig keine eindeutige Arbeitsanweisung.“

Der BM- und der BL-Wert haben sich sehr signifikant bei den Probandinnen der **Schule K** (n=23) verschlechtert. Die Schülerinnen beschreiben Belastungen in den Kategorien: Organisation-Schule (69,6%), Zeitliche-Dimension (39,1%), Soziale-Beziehungen-Hebammen: (1) Stimmung/ Klima (30,4%), (2) Ungerecht (67,8%) und (3) Leistungsdruck (21,7%).

Tabelle 35: Schule K - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien

Kategorien	Prozentuale Häufigkeitsnennungen		
	Schule K (n=23)	Gesamtstichprobe (N=222)	Schulen E, G, M, S und U (n=74)
Organisation-Schule	69,6%	20,3%	10,8%
Zeitliche-Dimension	39,1%	27,5%	16,2%
Soziale-Beziehungen-Hebammen:	30,4%	13,1%	12,2%
(1) Stimmung/Klima			
(2) Ungerecht	67,8%	14,4%	12,2%
(3) Leistungsdruck	21,7%	6,3%	4,1%

In den Aussagen der Probandinnen finden sich vermehrt Kommentare, die eine mangelnde schulische Organisation bezüglich eines laufenden Modellprojektes zum Erhebungszeitpunkt beschreiben.

K-0167:

„Mich belastet die Unsicherheit der Lehrer wegen dem Modellprojekt bei uns. Belastung durch den sehr unstrukturierten Verlauf in der Schule.“

K-0163:

„Mich belastet die Unsicherheit der Schule über das Modellprojekt und dass wir so wenig Klarheit darüber haben und dass uns oft alles sehr unorganisiert vorkommt.“

Der hohe Anteil der Nennungen – in drei Kategorien – bezüglich der sozialen Beziehung zu den Hebammen verweist auf ein insgesamt schlechtes Klima im Ausbildungskreis. Auffällig hoch ist hier auch das Erleben von Ungerechtigkeit durch die Hebammen, das die Schülerinnen auch als Mittel zur Machtausübung erleben.

K-0166:

„Man wird als Schüler oft nicht fair behandelt → Machtausübung.“

K-0164:

„Unfaire Behandlung durch Hebammen (speziell junge Hebammen → Runterputzen; kein Respekt; „von oben herab“ – man wird als klein und dumm dargestellt. (Hebamme zu uns: „Ihr könnt froh sein, wenn ihr überhaupt bei uns sitzen dürft“).“

Die Probandinnen der Schule K beschreiben die meisten Belastungen durch die schulische Organisation im Schulvergleich zu den Schulen, deren Ergebnisse sich signifikant verschlechtert haben. Außerdem sind sie nur eine von insgesamt zwei Schulen, die in dieser Kategorie überdurchschnittlich viele Angaben machen.

Bei den Schülerinnen der **Schule L** (n=15) hat sich der BL-Wert sehr signifikant verschlechtert. Die Probandinnen benennen Belastungen in den Kategorien: Zeitliche-Dimension (46,7%) und Berufskarriere (33,3%).

Tabelle 36: Schule L - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien

Kategorien	Prozentuale Häufigkeitsnennungen		
	Schule L (n=15)	Gesamtstichprobe (N=222)	Schulen E, G, M, S und U (n=74)
Zeitliche-Dimension	46,7%	27,5%	16,2%
Berufskarriere	33,3%	21,6%	21,6%

Der hohe Anteil bezüglich der Belastungen in der Kategorie „Zeitliche Dimension“ und die Aussage der Probandin L-0221 lässt vermuten, dass die Schülerinnen in

dieser Ausbildungsorganisation mit häufigeren Wechseldiensten und längeren Nachtdiensten belastet sind.

L-0221:

„Schlechte Dienstplanorganisation (Kreißaal). Häufige Früh-Spätwechsel, 6 Nachtdienste am Stück.“

Die Hebammenschülerinnen der Schule L und der Schule B sind die einzigen Schulen die ausschließlich überdurchschnittliche Belastungen im Bereich der Arbeitsaufgaben angeben.

In **Schule N** haben sich der SOC- und der BM-Wert signifikant verschlechtert. Die Probandinnen der Schule N (n=15) beschreiben Belastungen in den Kategorien: Organisation-Schule (46,7%), Organisation-Praxis (60%), Zeitliche Dimension (46,7%) und Soziale-Beziehungen-Hebammen: Stimmung/Klima (26,7%). Hierbei ist auffällig, dass die praktische und schulische Organisation als belastend wahrgenommen wird.

Tabelle 37: Schule N - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien

Kategorien	Prozentuale Häufigkeitsnennungen		
	Schule N (n=15)	Gesamtstichprobe (N=222)	Schulen E, G, M, S und U (n=74)
Organisation-Schule	46,7%	20,3%	10,8%
Organisation-Praxis	60,0%	23,9%	23,0%
Soziale-Beziehungen- Hebammen: Stimmung/Klima	26,7%	13,1%	14,9%

Die Aussagen in den Kategorien, die die Belastungen der schulischen und praktischen Organisation beschreiben, lassen keine eindeutige Interpretation zu. Tendenziell sind mehr Aussagen über die praktische Anleitung und den mangelnden Theorie-Praxis-Transfer zu finden. Man kann vermuten, dass es die quantitative Häufung der Belastungen ist, die zu der negativen Beanspruchung führt.

N-0031:

*„Kommunikationsprobleme mit Hebammen
Zu wenig Praxisanleitung
Klinikstruktur/ -system“*

N-0021:

„Situation im Kreißsaal: Unfreundliche, unmotivierte Hebammen. Schlechte Anleitung. Schlechte Stimmung.“

Das Ergebnis der Schule N (n=15) sticht hervor, weil sich hier – als einzige Schule – der SOC-Wert von T1 zu T2 sehr signifikant und ebenso der BM-Wert sehr signifikant verschlechtert hat. Außerdem werden nur von den Probandinnen der Schule N überdurchschnittliche viele Belastungen in der praktischen und schulischen Organisation beschrieben.

Die Probandinnen der **Schule O** (n=20) weisen eine signifikante Verschlechterung der BM-Werte und sehr signifikante Verschlechterung der BL-Werte auf. Die Schülerinnen der Schule O nannten Belastungen in den Kategorien: Soziale-Beziehungen-Lehrerinnen (20%) und Soziale-Beziehungen-Mitschülerinnen (30%).

Tabelle 38: Schule O - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien

Kategorien	Prozentuale Häufigkeitsnennungen		
	Schule O (n=20)	Gesamtstichprobe (N=222)	Schulen E, G, M, S und U (n=74)
Soziale-Beziehungen-Lehrerinnen	20,0%	5,0%	4,1%
Soziale-Beziehungen-Mitschülerinnen	30,0%	6,8%	5,4%

O-0135:

„Miese Stimmung in der Klasse, nicht so sehr großer Zusammenhalt, wie man es sich vielleicht wünschen würde.“

O-0123:

„Angespannte Situation in der Schule wegen Konflikte zwischen Schülern und Lehrer.“

Auffällig ist bei den Probandinnen der Schule O, dass sie überdurchschnittliche Angaben nur in zwei Kategorien bezüglich der sozialen Beziehungen zu zwei Personengruppen (Lehrerinnen und Mitschülerinnen) beschreiben. Im Schulvergleich findet sich ein ähnliches Ergebnis nur bei den Hebammenschülerinnen der Schule D, die allerdings drei verschiedene Personengruppen benennen.

Bei den Schülerinnen der **Schule P** (n=16) hat sich signifikant der BM- und BL-Wert verschlechtert. Auffällig waren die häufigen Nennungen in den Kategorien: Zeitliche Dimension (50%), Soziale-Beziehungen-Hebammen: (1) Verhalten/ Umgang (43,8%), (2) Kommunikation (25%) und (3) Ungerecht (25%).

Tabelle 39: Schule P - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien

Kategorien	Prozentuale Häufigkeitsnennungen		
	Schule P (n=16)	Gesamtstichprobe (N=222)	Schulen E, G, M, S und U (n=74)
Zeitliche-Dimension	50,0%	23,9%	23,0%
Soziale-Beziehungen-Hebammen:			
(1) Verhalten/Umgang	43,8%	18,5%	14,9%
(2) Kommunikation	25,0%	9,5%	8,1%
(3) Ungerecht	25,0%	14,4%	12,2%

P-0103:

„Viele Dienste hintereinander (z.B. zehn Frühdienste am Stück) und daraus resultierend wenig Schlag und körperliche Erschöpfung.“

Die überdurchschnittlichen Nennungen in den o.g. Kategorien der Hebammenschülerinnen der Schule P sind fast gleich mit den Angaben der Probandinnen der Schule K. In beiden Schulen haben sich die BM- und BL-Werte verschlechtert. Dies lässt vermuten, dass in den Ausbildungskreißälen beider Schulen eine ausgeprägte hierarchische Struktur gegeben ist.

Schule T (n=18) hat sich sehr signifikant der BM- und BL-Wert verschlechtert. Folgende Kategorien sind für diese Schule bedeutend: Medizinische Personal: Hierarchie (33,3%) und Soziale-Beziehungen-Hebammen: Bestimmte Hebammen (33,3%). Auffällig bei den Probandinnen der Schule T ist, dass sie überdurchschnittliche häufige Belastungen nur in 2 Kategorien benennen. Die prozentuale Nennung von Belastungen in der Kategorie: „Bestimmte-Hebammen“ beläuft sich bei der Gesamtstichprobe auf 5% und in der Kategorie: „Medizinisches-Personal-Hierarchie“ auf 16,7%. Die Probandinnen geben als einzige Schule in beiden Kategorien überdurchschnittliche Belastungen an. Es stellt sich aufgrund dieses ungewöhnlichen Ergebnisses die Frage, ob es sich bei den Aussagen der

Schülerinnen, um dieselbe Hebamme handelt. Und, ob eine Person in der Lage ist, die negative Beanspruchung einer ganzen Ausbildungsklasse zu beeinflussen.

Tabelle 40: Schule T - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien

Kategorien	Prozentuale Häufigkeitsnennungen		
	Schule T (n=18)	Gesamtstichprobe (N=222)	Schulen E, G, M, S und U (n=74)
Medizinisches- Personal-Hierarchie	33,3%	16,7%	16,2%
Soziale-Beziehungen- Hebammen: Bestimmte Hebammen	33,%	5,0%	0%

T0212:

„Die Zusammenarbeit mit einer bestimmten Hebamme, die keinerlei Hilfestellung gibt und mich und Kolleginnen vor Patienten in lautstarkem Ton Zurechtweist, belastet mich immer noch.“

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei nahezu allen Schulen deren BM-, BL- oder SOC-Ergebnisse sich signifikant bis sehr signifikant verschlechtert haben, keine überdurchschnittlichen Belastungen in der Beziehung zu dem medizinischen Personal im Krankenhaus genannt wurden (allgemeine Aussagen und Krankenpflegepersonal) (s. 5.5.6). Einzig die Schule T nennt überdurchschnittliche Belastungen in der Kategorie „Soziale-Beziehungen-Medizinisches-Personal-Hierarchie“.

Auffällig sind die häufigen Nennungen und somit eine überdurchschnittliche Belastung in den Kategorien: „Zeitliche Dimension“ und „Berufskarriere“. Die Kategorie: „Zeitliche Dimension“ ist die einzige Kategorie in der die Probandinnen von 4 Schulen (K, L, N und P) überdurchschnittlich viele Belastungen benennen. Die Schulen deren BM-, BL- und SOC-Werte sich nicht signifikant verändert haben, wurden ebenfalls hinsichtlich überdurchschnittlicher Nennungen in den Belastungskategorien geprüft. Auf eine ausführliche Diskussion der Ergebnisse wird verzichtet. Die Ergebnisse der zwei Gruppen werden umseitig tabellarisch (Tab. 41) dargestellt.

Mittels Korrelationsberechnung ließ sich kein Zusammenhang zwischen den individuellen Belastungen und den BM-, BL- und SOC-Ergebnissen ermitteln (s. 5.5.7). Die Untersuchung der schulspezifischen Unterschiede in diesem Kapitel zeigt, dass sich kein Zusammenhang über die quantitative Anzahl der

überdurchschnittlich genannten Belastungskategorien und einer signifikanten oder sehr signifikanten Verschlechterung der BM-, BL- und SOC-Werte erkennen lässt. Beispielsweise weist die Schule T eine sehr signifikante Verschlechterung der BM- und BL-Werte von T1 zu T2 auf. Die Schülerinnen der Schule T benennen überdurchschnittlich viele Belastungen in nur 2 Kategorien. Während die Schule A überdurchschnittliche Belastungen in 8 Kategorien aufweist und eine signifikante BM-Wert-Verschlechterung und eine sehr signifikante BL-Wert-Verschlechterung vorweist.

Tabelle 41: Schulen mit und ohne signifikante Wertveränderung - überdurchschnittliche Nennungen der Belastungskategorien

	Überdurchschnittlich genannte Belastungskategorien	Schulen mit signifikanten Wertveränderung (BM, BL und SOC)	Schulen ohne signifikante Wertveränderung (BM, BL und SOC)
	Berufskarriere	A, B, L	G
	Organisation-Schule	K, N	
	Organisation-Praxis	A, N	M
	Zeitliche Dimension	K, L, N, P	
Stressoren in der Arbeitsaufgabe	Qualitative Überforderung	A	E
Stressoren in der sozialen Beziehung: Hebammen	Angst	A	
	Stimmung/Klima	A, K, N	U
	Verhalten/Umgang	A, P	E
	Bestimmte Hebamme	A	
	Kommunikation	D, P	
	Ungerecht	K, P	E
	Fehlende Anerkennung	A	
	Rollenambiguität	A, D	
	Leistungsdruck		E
	Lehrerinnen	O	
	Mitschülerinnen	D, O	
Stressoren in der sozialen Beziehung: Medizinisches Personal	Stimmung/Klima		E
	Verhalten/Umgang		U
	Fehlende Anerkennung		U
	Leistungsdruck		U
	Hierarchie	T	

Es zeigt sich eindeutig, dass die Schulen (A, B, D, K, L, N, O, P und T), deren BM-, BL- und SOC-Werte sich signifikant bis sehr signifikant verschlechtert haben – bis auf eine Ausnahme – überdurchschnittliche Angaben in den Kategorien: „Berufskarriere“, „Organisation-Schule und „Praxis“, „Zeitliche Dimension“ und „Stressoren in der sozialen Beziehung: Hebammen“ beschreiben. Die Schulen (E, G, M, S und U), deren Werte sich nicht signifikant verschlechtert haben, geben häufiger Belastungen im Bereich „Soziale-Beziehungen-Medizinisches-Personal“ an. Einzig bei Schule S gibt es keine signifikanten Wertveränderungen (BM, BL und

SOC) und die Probandinnen machten in keiner Belastungskategorie überdurchschnittliche Aussagen.

5.5.9 Zusammenhang zwischen den Personenangaben und BM-, BL-, SOC-Ergebnissen

Alle persönlichen Angaben der *Probandinnen* (s. 5.5.1) wurden danach geprüft (Korrelationstest nach Pearson), ob ein Zusammenhang besteht zwischen diesen untereinander und/oder den BM-, BL-, und SOC-Wert. Insgesamt konnten keine oder nur sehr schwache Zusammenhänge identifiziert werden.

5.5.10 SOC als Moderator auf die wahrgenommene Belastung

Es soll geprüft werden, ob der SOC einen moderierenden Effekt auf die wahrgenommene Belastung hat. Grundlage für diese Berechnung ist die in Kapitel 5.5.7 durchgeführte Korrelationsberechnung zwischen dem BM- und BL-Delta und den Kategorien der *Offenen Frage* (Angaben über individuelle Belastungen).

Mittels partiellem Korrelationstest wurde berechnet, ob sich die Signifikanz der Korrelation durch das Hinzufügen der SOC-Variable (T1) verändert, um somit einen moderierenden Effekt des SOC zwischen den Belastungsangaben und den BM- und BL-Wert-Veränderungen aufzuzeigen (vgl. Brosius 2008:520). Untersucht wurden nur die Kategorien, die einen signifikanten Zusammenhang zum BM- und/oder BL-Delta aufwiesen. Keiner der signifikanten Werte hat sich durch das Hinzufügen der SOC-Variable verändert. Der SOC hat demnach keinen moderierenden Effekt auf die BM- und BL-Wertveränderung von T1 zu T2.⁴³

Tabelle 42: Korrelation des BM- und BL-Delta und den Kategorien der Freitextantworten und Ergebnis der partiellen Korrelation unter Berücksichtigung des SOC

	Häufigkeiten %	BM-Delta	BM-Delta+ SOC T1	BL-Delta	BL-Delta+ SOC T1
Zeitliche Dimension	61 27,5%	.186**	.187	.125	
Organisation-Praxis	53 23,9%	.218**	.243	.110	
Berufskarriere	48 21,6%	-.080		-.136*	-.145
Privat-Eigener Druck	37 16,7%	.081		.208**	.207
Soziale	13	.136*	.182	.032	

⁴³ siehe hierzu auch Anhang, Tab. 87-89

Beziehungen/ Hebammen/ Fehlende Anerkennung	5,9%				
Soziale Beziehungen/ Medizinisches Personal/ Verhalten und Umgang	13 5,9%	.058		-.139**	-.140
Soziale Beziehungen/ Hebammen/ Bestimmte Hebamme	11 5,0%	.122		.136*	.131

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Frage 8:

Hat der SOC einen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen wahrgenommener Belastung und Beanspruchung?

Nein, in dieser Arbeit zeigen die Ergebnisse keinen moderierenden Effekt des SOC auf die wahrgenommene Belastung.

(H₀) 8: Die Stärke des Sense of Coherence (SOC) hat keinen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen den ausbildungsbedingten Belastungen (Freitextantworten) und der physischen und psychischen Beanspruchung (BM- und BL-Ergebnisse) **wird angenommen**, und die **Hypothese 8 (H₁) wird zurückgewiesen**.

5.6 Methodenkritik

Die Rekrutierung der Probandinnen erfolgte über die telefonische Kontaktaufnahme mit den Hebammenschulen. Es ist durchaus denkbar, dass nur diejenigen Schulen sich an der Erhebung beteiligt haben, die eine offene und innovative Einstellung gegenüber der Thematik haben. Allen Schulen wurde natürlich Anonymität bezüglich der erhobenen Daten zugesichert, dennoch kann es sein, dass sich nur die Schulen beteiligt haben, deren Organisationkultur eine kritische Selbstreflexion erlaubt.

Kritisch muss beim methodischen Vorgehen außerdem noch angemerkt werden, dass andere Einflussgrößen (z. B. Prüfungssituationen, Trennung vom Partner oder andere private Lebensumstände), die eine negative Beanspruchung der

Probandinnen bewirken können, nicht erfragt wurden. Darauf wurde bewusst verzichtet, da dies für die Zielsetzung der Arbeit nicht dienlich war. In dieser Arbeit lag der Fokus auf die Erfassung der Entwicklung einer negativen Beanspruchung während der Ausbildung und die subjektiven ausbildungsbedingten Belastungsfaktoren.

Panelstudien sind kritisch zu betrachten, weil sich durch die Wiederholung einer Frage, die Antwort durch den Gewöhnungseffekt verzerren kann. Dieser Verzerrungseffekt wird bei dieser Studie durch die Tatsache, dass 12 Monate zwischen den beiden Erhebungen gelegen haben, als gering eingestuft. Ein Indiz hierfür ist auch, dass von vielen Schülerinnen kommentiert wurde, dass sie sich nicht mehr an ihre Antworten vom letzten Jahre erinnern konnten.

Trotz des Hinweises, während der Erhebung nicht miteinander zu sprechen, hielten sich die Probandinnen nicht immer daran, was - im Einzelfall - zu Ergebnisverzerrungen geführt haben kann.

Die ausschließliche Analyse und Interpretation von Belastungsfaktoren und Beanspruchung aus Sicht der Hebammenschülerinnen ist gewollt. Sicherlich hätte die Befragung anderer Beteiligter - wie beispielsweise der Hebammen oder Ärzte im Kreißsaal - zu anderen Ergebnissen geführt. Dass dies im Rahmen dieser Untersuchung nicht erfolgt ist, liegt daran, dass die Reichweite der Untersuchung aus forschungspragmatischen Gründen eingeschränkt werden musste. Die Tatsache, dass die Fragestellungen dieser Arbeit weder im deutschsprachigen noch im englischsprachigen Raum bisher nicht behandelt wurden, hat ebenfalls zu meiner Entscheidung beigetragen.

5.7 Zusammenfassung

Mittels einer quantitativen Analyse wurden Belastung und Beanspruchung bei Hebammenschülerinnen während der Ausbildungszeit untersucht. Hierzu wurden Fragen und Hypothesen formuliert, die es unter Verwendung dieser Analyse zu prüfen galt. Die Untersuchung erfolgte bei 222 Hebammenschülerinnen aus 14 Hebammenschulen aus 9 Bundesländern zu einem Zeitpunkt (T1) und wurde etwa ein Jahr später (T2), (Rücklaufquote 92,5%), erneut durchgeführt. Die Datenqualität wurde außerdem gesichert, indem die Bedingungen der Befragungen stets identisch waren. Untersucht wurden psychische und physische Beanspruchungen mittels BM

und BL, außerdem wurde der mögliche Einfluss eines Persönlichkeitsmerkmals mit dem SOC getestet. Die subjektiven Belastungen wurden bei der zweiten Erhebung (T2) von den Probandinnen als Freitext angegeben. Die Daten wurden statistisch ausgewertet und ergaben die folgenden Ergebnisse:

- Es gibt eine sehr signifikante Verschlechterung der BM- und BL-Wert-Ergebnisse von T1 zu T2 der Gesamtstichprobe.
- Es gibt eine signifikante Verschlechterung der SOC-Wert-Ergebnisse von T1 zu T2 der Gesamtstichprobe. Dieses Ergebnis beruht auf einen Verzerrungseffekt, da der schulspezifische Mittelwertvergleich der SOC-Wert-Ergebnisse zeigte, dass sich der SOC-Wert nur bei der Schule N sehr signifikant veränderte. Ein Mittelwertvergleich der SOC-Wert-Ergebnisse von T1 zu T2 – ohne die Ergebnisse von Schule N – zeigten keine signifikanten Ergebnisveränderungen.
- In beiden Erhebungen (T1 und T2) zeigt sich ein sehr signifikanter Zusammenhang zwischen dem SOC-Ergebnis und dem BM- und BL-Ergebnis.
- Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen den BM- und BL-Ergebnissen in beiden Erhebungen.
- Es gibt einen schulspezifischen Unterschied der Ergebnisse:
 - Der Mittelwert des BM hat sich signifikant bei 3 Schulen (A, O und P) und sehr signifikant bei 3 weiteren Schulen (K, N und T) verschlechtert.
 - Der Mittelwert des BL hat sich signifikant bei 3 Schulen (B, P und S) und sehr signifikant bei 6 Schulen (D, K, L, O und T) verschlechtert.
 - Vier Schulen (E, G, M und U) weisen keine signifikante Verschlechterung der Werte auf.
 - Die Belastungen, die zu einer negativen Beanspruchung führen sind von Schule zu Schule unterschiedlich.
- Es zeigt sich eindeutig, dass die Schulen (A, B, D, K, L, N, O, P und T), deren BM-, BL- und SOC-Werte sich signifikant bis sehr signifikant verschlechtert haben – bis auf eine Ausnahme – überdurchschnittliche Angaben in den Kategorien: „Berufskarriere“, „Organisation-Schule und „Praxis“, „Zeitliche Dimension“ und „Stressoren in der sozialen Beziehung:

Hebammen“ beschreiben. Die Schulen (E, G, M, S und U), deren Werte sich nicht signifikant verschlechtert haben, geben häufiger Belastungen im Bereich „Soziale-Beziehungen-Medizinisches-Personal“ an. Einzig bei Schule S gibt es keine signifikanten Wertveränderungen (BM, BL und SOC) und die Probandinnen machten in keiner Belastungskategorie überdurchschnittliche Aussagen.

- Die Items: Nacken- und Schulterschmerzen und Kreuz- und Rückenschmerzen gehören zu den fünf meistgenannten Befindlichkeiten, die sich von T1 zu T2 verschlechtert haben.
 1. Nacken- und Schulterschmerzen
 2. Druck- und Völlegefühl im Leib
 3. Schwere Beine
 4. Kreuz- und Rückenschmerzen
 5. Übermäßiges Schlafbedürfnis
- Die häufigsten ausbildungsbedingten Belastungen fanden sich in der zeitlichen Dimension (27,5%), praktischen Organisation der Ausbildung (23,9%), Berufskarriere (21,6%) und der Organisation der Schule (20,3%).
- Es gibt keinen statistisch relevanten Zusammenhang zwischen den Belastungen und der BL- und/oder BM-Wert-Veränderung.
- In dieser Arbeit zeigen die Ergebnisse keinen moderierenden Effekt des SOC auf die wahrgenommene Belastung.

6 Diskussion der Ergebnisse und Ausblick für die Hebammenausbildung

Zur Ermittlung der psychischen und physischen Beanspruchung wurden die Instrumente „Beschwerdeliste (BL/BL‘) und „Burnout Measure (BM)“ eingesetzt. Zudem wurde untersucht, ob der Kohärenzsinn (SOC) einer Person einen Einfluss, auf den Zusammenhang von wahrgenommener Belastung und tatsächlicher Beanspruchung nimmt. Mittels einer Längsschnitterhebung wurden bei 222 Hebammenschülerinnen aus 14 verschiedenen Hebammenschulen zu Beginn der Ausbildung (T1) und erneut nach einem Jahr (T2), der BM, BL und SOC erhoben. Die Ergebnisse des BM und BL der Gesamtstichprobe haben sich signifikant von T1 zu T2 verschlechtert. Dies wird als Indiz für eine negative Beanspruchung gewertet. BM und BL weisen sowohl bei T1 als auch bei T2 eine Korrelation zueinander auf und beide korrelieren negativ mit dem SOC. Der SOC-Wert hat sich nur in einer Schule signifikant verschlechtert und zeigte keinen moderierenden Einfluss zwischen der Belastung und der Beanspruchung. Die Ergebnisse bezüglich der negativen Beanspruchung wurden zwar erwartet, aber überraschend ist der starke schulspezifische Unterschied hinsichtlich der Ausprägung der Beanspruchung. Es scheint also schulspezifische Bedingungen zu geben, die einen Einfluss auf die Beanspruchung haben.

Im Weiteren wurden die subjektiven Belastungen der Hebammenschülerinnen erfasst. Hierfür wurden zunächst 2 Experteninterviews durchgeführt, um zu ermitteln welche Belastungen im Laufe der Ausbildung zu einer Beanspruchung führen könnten. Hierbei zeigte sich, dass die Hebammenschülerinnen vor allem im Kreissaal Belastungen erleben. Deshalb wurde eine qualitative Studie in Form von 20 Interviews durchgeführt mittels eines halbstrukturierten Leitfadens. Die Schülerinnen beschrieben insbesondere Belastungen bezüglich der Organisation der praktischen Ausbildung (z. B. Praxisanleitung und Theorie-Praxis-Transfer) und in der sozialen Beziehung zu den Hebammen (z. B. Stimmung, Verhalten und Umgang). Um ein breiteres Bild zu bekommen, ob tatsächlich der Kreissaaleinsatz als belastend wirkt, wurde im Rahmen der quantitativen Studie bei T2 eine offene Frage bezüglich der individuell wahrgenommenen Belastungen gestellt. Es konnte in dieser Arbeit kein Zusammenhang zwischen den von den Hebammenschülerinnen genannten ausbildungsbedingten Belastungen und den BM- und BL-Wertveränderungen nachgewiesen werden. Dennoch ist interessant dass, obwohl die Frage nach Belastungen offen gestellt wurde, die meisten ausbildungsbedingten Belastungen in der praktischen und schulischen Organisation

(z. B. Praxisanleitung, Qualität des Unterrichts), der zeitlichen Dimension (z. B. Schichtarbeit) und der ausbildungsbedingten Erlebnisse („Berufskarriere“ z. B. Schmerz, Tod) genannt wurden. Die meisten Belastungen in der sozialen Beziehung stehen im Zusammenhang mit den Hebammen.

Belastungen durch die schulische und praktische Organisation der Ausbildung

In der praktischen Ausbildung ist zu wenig bis kein Raum für die Reflektion und Besprechung zwischen der Hebamme und der Schülerin über die gemeinsame Betreuungsarbeit vorgesehen. Insbesondere die Ergebnisse der qualitativen Studie in dieser Arbeit zeigen, dass die Hebammenschülerinnen einen großen Bedarf haben nach Vorgespräch zur Ermittlung des individuellen Lernbedarfs vor einem Kreißsaaleinsatz, Reflektion, Feedback und praktischer Anleitung (s. 4.5.4). Die Einsätze der Schülerinnen auf verschiedenen Stationen im Krankenhaus bedingen, dass sie manchmal über Monate nicht im Kreißsaal eingesetzt werden. Es gibt keine strukturelle, organisatorische Maßnahme, die vorsieht, dass die Hebammen sich einen Überblick über den individuellen Stand des Lernprozesses der Schülerinnen verschaffen. Ein sinnvoller und für den Lernprozess wichtiger Abgleich über den Lernbedarf erfolgt nicht (vgl. Bauer et al. 2007:86). Die Ergebnisse zeigen, dass in einigen Kreißsälen sogar durch Trennung der gemeinsamen Schichtübergabe eine strukturelle Möglichkeit zur Nutzung des Lernprozesses vermieden wird (s. 4.5.4). Bohde & Borchert (2005) berichten über eine Hebammenschule, die eine Geburtsdokumentation erst dann abschließen, wenn die Dokumentation einen Stempelaufdruck: „besprochen“ erhalten hat. Dieser Stempelaufdruck kennzeichnet, dass die Hebamme und die Schülerin die diese Geburt gemeinsam betreut haben, auch besprochen haben. Der Stempelaufdruck ist nicht nur ein organisatorisches Hilfsmittel sondern auch Ausdruck einer lehrfreundlichen Ausbildungsstätte. Ein Abschlussgespräch zwischen den Schülerinnen und der Hebamme ist zwar vorgesehen (s. 4.5.2), findet aber in den meisten Fällen nicht statt. Häufig erfolgt nur eine schriftliche einseitige Einschätzung über den Stand des Lernprozesses durch eine Hebamme im Kreißsaal (s. 4.5.4). Bauer et al. (2007:155) geben einen Strukturvorschlag für ein Auswertungsgespräch, der sich in 3 Teile gliedert:

- Rückblick/ Reflexion und fachliche Vertiefung (Ergebnisprüfung, Fehleranalyse, Fachtheorie und Fachliche Lernprozesse)
- Soziale und persönliche Erfahrung (Soziale Erfahrungen, Persönliche Erfahrungen, Feedback anhand konkreter Situationen, Soziale und personale Lernerträge)

- Lernfazit (Lernfortschritt feststellen, Neue Lernvereinbarung und Dokumentation)

Mit dieser einfachen und durchaus ausbaufähigen Struktur lassen sich die individuellen Lernfortschritte feststellen und der Lernbedarf wird ermittelt. Deutlich effektiver für den Lernfortschritt wären Zwischengespräche während der Kreißsaaleinsätze.

Die Ergebnisse der qualitativen Studie in dieser Arbeit zeigen auf, dass die Zusammenarbeit mit der Praxisanleiterin im Kreißsaal als hilfreich für den Lernprozess empfunden wird (s. 4.5.4), es aber kaum bis keine gibt und dies auch nicht durch die Präsenz der Lehrerinnen für Hebammenwesen ausgeglichen werden kann (s. 4.5.2). Weiterhin zeigen die Ergebnisse dieser Dissertation auf, dass die Qualifikation der praktischen Anleitung und Motivation der Hebammen im Kreißsaal, die für die praktische Ausbildung der Schülerinnen zuständig sind, von den Schülerinnen sehr unterschiedlich wahrgenommen wird (s. 5.5.6). Der erhebliche Mangel an Praxisanleiterinnen trägt dazu bei, dass den Schülerinnen Tätigkeiten nicht erlernen, die sie für ihre spätere Arbeit als Hebamme benötigen (vgl. Zoege 2004:17). Die Strategie der Hebammenschülerinnen, um klinisches Wissen zu erlangen ist teilweise durch *Versuch und Irrtum* geprägt, und teilweise wenden sich die Schülerinnen aus Angst vor den Hebammen lieber an andere Schülerinnen, um Wissen zu erfragen (s. 4.5.6).

Die Ausbildung zur Praxisanleiterin basiert auf einer Weiterbildungsmaßnahme und ist nicht gesetzlich geregelt. Die zusätzliche Ausbildung wird oft vom Arbeitgeber nicht vergütet, was eventuell zu dem allgemeinen mangelnden Interesse der Hebammen an einer Weiterbildungsmaßnahme zur Praxisanleiterin beiträgt. Wünschenswert wäre eine finanzielle Entlohnung für die Arbeit als Praxisanleiterin, um die Hebammen für die Ausbildungsarbeit zu motivieren. Wichtig wären auch klare gesetzliche Regelungen über die qualitativen Voraussetzungen der Praxisanleiterin wie sie beispielsweise das duale Ausbildungssystem vorsieht. Im dualen Ausbildungssystem in Deutschland ist in jedem Ausbildungsbetrieb ein Ausbilder nach der Ausbildereignungsverordnung (AEVO) oder ein Meister vorgeschrieben. Dieser trägt die Verantwortung für die praktische Ausbildung und ist auch Ansprechpartner der Auszubildenden (vgl. Ulmer & Gutschow 2009). Aufgrund des ständigen Wechsels im Hebammenteam, bedingt durch den Schichtwechseledienst, kann nicht gewährleistet werden - wie etwa im dualen System – dass die Schülerinnen immer mit einer Hebamme arbeiten zu können, die

eine solche Ausbildung hat. Deshalb wäre es empfehlenswert, dass alle Hebammen in einem Ausbildungskreislauf eine Weiterbildung zur Praxisanleiterin hätten. Im Zuge der Reformbemühungen der Hebammenausbildung wäre eine solche Festlegung für die Kompetenz- und Ausbildungsbeschreibungen einer Praxisanleiterin in einem Ausbildungs-Kreislauf wünschenswert. Grundlage hierfür könnten das Kompetenzprofil von Pehlke-Milde (2009) und die Handlungsempfehlungen für Hebammen für die Praxisanleitung in der Hebammenausbildung von Hellmers (2002) sein.

Hinsichtlich der schulischen Organisation beschreiben viele Aussagen der Schülerinnen, dass die Doppelbelastung von Arbeit und Lernen, insbesondere die Aussagen über das Lernen in Kombination mit dem Schichtdienst fallen hier auf. Diese Aussagen führen zu der Frage, ob eine „lernfreundliche“ Einsatzplanung machbar wäre. Desweiteren stellt für die Hebammenschülerinnen die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis eine Belastung dar. Der Theorie-Praxis-Transfer wird von allen Probandinnen (n=20) der qualitativen Studie negativ beschrieben. Die personelle Trennung der alltäglichen praktischen und schulischen Verantwortung für die Hebammenausbildung trägt zur Konfusion und einer uneinheitlichen Vorgehensweise bei. Dies wird verdeutlicht durch die insgesamt mittelmäßige Bewertung der Kommunikation zwischen den Ausbildungskreisläufen und den Schulen durch die Probandinnen der qualitativen Studie (s. 4.5.4).

Mit einer weiteren Forschungsarbeit könnte die Vorgehensweise der praktischen Hebammenausbildung in deutschen Schulen ermittelt werden, um den „Best Practice der praktischen Ausbildung“ zu finden. Damit würde der Forderung der Hebammenschülerinnen nach mehr Transparenz bezüglich der „Stärken und Schwächen“ der Ausbildungsanbieter entsprochen werden (vgl. BHSR 2005).

Belastungen durch die Schichtarbeit und Auswirkung auf die Befindlichkeit

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen eine signifikante Befindlichkeitsverschlechterung der Hebammenschülerinnen von T1 zu T2 auf (s. 5.5.2). Eine Ursache hierfür könnte die belastende Form der Schichtarbeit sein. So weist Kollig (2006:15) auf, dass Schichtarbeit eine Auswirkung auf den biologischen Rhythmus hat und eine Reihe von negativen Auswirkungen haben kann wie beispielsweise Schlafstörungen, Magen-, Darm- und Kreislaufprobleme. Die Ergebnisse in dieser Arbeit zeigen eine deutliche negative Veränderung der Befindlichkeit wie beispielsweise „Druck- und Völlegefühl im Leib“ und

„Übermäßiges Schlafbedürfnis“ (s. 5.5.5.). Dies ist ein Indiz für die negative Beanspruchung der Hebammenschülerinnen aufgrund der Belastung durch den Schichtdienst.

Die höchste Frequenz der Schlafstörungen zeigt sich bei Schichtarbeitern mit Nachtschichten (ebd.15). Die Schichtarbeit führt zu einer biologischen Desynchronisation die eine soziale Desynchronisation zur Folge hat (vgl. Seibt et al. 2005:3). Allerdings steigt die Zahl der körperlichen Beschwerden auch durch die tägliche Arbeitszeit von neun oder mehr Stunden und durch die Steigerung der Wochenarbeitszeit. Die Aussagen der Schülerinnen in der quantitativen Studie beschreiben häufig, dass die sozialen Kontakte unter dem Schicht- bzw. Wochenenddienst leiden. Eine Schülerin berichtete von bis zu 21 Tagdiensten am Stück.

Kollig (2006:18) beschreibt Gestaltungsempfehlungen zur Minderung negativer Auswirkungen der Schichtarbeit und legt ihren Handlungsempfehlungen, die Ergebnisse der aktuellen Forschung zugrunde. Eine „günstige Schichtfolge“ ist ein schnell rotierendes Schichtsystem mit nur wenigen Tagen in der gleichen Schicht. Dies lässt sich von den Beschäftigten besser bewältigen als ein Schichtwechsel im Wochenrhythmus. Weiterhin wird empfohlen nicht mehr als drei Nachtschichten hintereinander zu planen. Der Wechsel der Schichten sollte im Uhrzeigersinn verlaufen, das heißt von Früh- über Spät- hin zur Nachtschicht. Schichtarbeiter im vorwärts-rotierenden Schichtsystem berichten über insgesamt weniger Beschwerden. Nach einer Nachtschichtphase sollte eine mindestens 24-stündige Erholungsphase folgen. Außerdem sollten Wochenendfreizeiten in geblockter Form angeboten werden, das heißt im Idealfall ein „Samstag und Sonntag“ am Stück (ebd. 19).

Besondere Belastungen durch die Ausbildung im Krankenhaus

Ein weiteres Ergebnis der qualitativen und quantitativen Studie dieser Arbeit ist, dass ein Teil der Hebammenschülerinnen Erfahrungen/Erlebnisse, die der Hebammenberuf mit sich bringt wie Tod, Schmerz und Krankheit als Belastung empfunden wird. Dieser Belastung der Hebammenschülerinnen wird durch unterstützende Maßnahmen seitens der Ausbildungsorganisation nur ungenügend Rechnung getragen. Supervisionssitzungen durch die Organisation werden nur vereinzelt angeboten (s. 4.5.2). Die Supervision im Team kann die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen stärken und den Teamgeist fördern (vgl. Schwarz

2007:147ff). Die Supervision während der Hebammenausbildung sollte Bestandteil der Ausbildung werden, um zu lernen wie man der Frau/dem Paar empathisch begegnet, das Erfahrene bearbeitet und dabei eine gesunde Distanz zum Geschehen findet.

Belastungen in der sozialen Beziehungen zu den Hebammen

Ein weiteres Ergebnis der quantitativen und qualitativen Studie dieser Arbeit ist, dass die Probandinnen in den Kreißsälen eine schlechte Stimmung, einen negativ wahrgenommen Umgang im Kreißsaal erfahren und Angst seitens der Schülerinnen besteht, Fragen zu stellen. Eine Reihe von Schlüsselkompetenzen lassen sich nicht im Frontalunterricht erlernen, sondern in sozial-, erfahrungs- und handlungsorientierter Art und Weise, wie beispielsweise die Teamfähigkeit. Dies setzt aber eine Lehr- und Lernkultur voraus, die dies ermöglicht (vgl. Sohr 2005:45).

Bauer et al. (2007:125) beschreiben in ihrem Handbuch zur Lernprozessbegleitung während der Ausbildung, dass u. a. das konstruktive Verhalten von Lernprozessbegleiter bei Fragen, Hilferufen und Fehlern des Auszubildenden. Sie konstatieren, dass auch das Trösten und Mut machen zu einem hilfreichen Verhalten des Lernprozessbegleiters gehören.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die Kommunikationskultur der Hebammen von den Schülerinnen als belastend wahrgenommen wird (s. 5.5.6). Wer Fertigkeiten und Kompetenzen vermitteln will, der sollte auch selber über Kompetenzen verfügen. Hebammen, die in einem Ausbildungskreißsaal arbeiten, sollten verpflichtend eine vollbezahlte Weiterbildung zum LernCoaching besuchen. Hier bekommen Lehrende Schlüsselkompetenzen vermittelt, die sie befähigen, aktivierende Lehr-/Lernarrangements für selbstverantwortliches Lernen erfolgreich zu gestalten (vgl. Schumacher 2007:116f).

Die Beschreibungen der Hebamenschülerinnen über die Belastungen in der sozialen Beziehung zu den Hebammen ist beeindruckend negativ (s. 5.5.6). Welche Gründe hinter diesem Verhalten der Hebammen stehen, sollte mit einer weiteren Forschungsarbeit ermittelt werden. Eventuell ist dieses Verhalten der Hebammen auf eine permanente Überlastung zurück zu führen. Hierzu müssen unbedingt auch strukturelle Daten der jeweiligen Organisationen erfasst werden wie beispielsweise der Personalschlüssel, um diese Frage zu erörtern.

Bedingt durch die Modellklausel werden in Deutschland zurzeit verschiedene Hebammenstudiengänge entwickelt (vgl. Deutscher Bundestag 2008). Es erscheint paradox, dass einerseits die Absicht besteht die theoretische Ausbildung in den tertiären Bereich anzuheben, andererseits aber der praktische Teil der Ausbildung auf dem bestehenden Niveau verharrt. Vielleicht können die Ergebnisse und Empfehlungen dieser Arbeit einen Beitrag dazu leisten, dass dem Wunsch der Schülerinnen nach einer Verbesserung der praktischen Ausbildung Folge geleistet wird (vgl. Bohde & Borchert 2005; BHSR 2005; Jeron & Naumann 2010).

Literatur

Abel, T., Kohlmann, T. & Noack, H. (1995): Eine deutsche Übersetzung des SOC. Universität

Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin

Albertsen, K./ Niedlsen, M. L. / Borg, V. (2001): The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: the main, the mediating and moderating role of sense of coherence.

Work & Stress, Vol. 15, No. 3, 241-253

Antonovsky, Aron (1979): Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San-Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, Aron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit
Übersetzt von Franke, A. Deutsche erweiterte Herausgabe

Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG) (2003): Positionspapier der AG MTG zur Akademisierung der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe.

Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG) (2004): Eckpunkte der AG MTG zur Konzipierung und Akkreditierung von Bachelor-Studiengängen für Ergotherapie, Hebammenwesen, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie.

Aries-Ritter, M. / Zuppiger Ritter, I.: Burnout. Eine quantitative Längsschnittuntersuchung und eine qualitative Vertiefungsstudie beim Pflegepersonal. Bern: Edition Soziothek, 1998.

Atteslander, Peter (2008): Methoden der empirischen Sozialforschung. 12., durchgesehene Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co.

Baker, Martyn / North, Daniel / Smith Donald F. (1997): Burnout, sense of coherence and sources of salutogenesis in social workers. Psychology: A Journal of Human Behaviour 34/1: 22-26

Bamberg, Eva / Keller, Monika / Wohler, Claudia / Zeh, Annett (2006): BGW-Stresskonzept – Das arbeitspsychologische Stressmodell. Berufsgenossenschaft für Gesundheit (Hrsg.). Hamburg.

Barre; Frederike (2001): Neue Anforderungen, neues Profil: die deutschen Medizinalfachberufe auf dem Weg zur Professionalisierung. In: Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG): Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe – hat die Zukunft schon begonnen? Symposium der Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MRG) am 20. November 2001: Bonn, S. 11-22.

Barthelmes, Ina. Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) (2010): IGA. Fakten 2. Starke Muskeln, gesunde Knochen – beweglich bleiben im Beruf. Muskel-Skelett-Erkrankungen in der Arbeitswelt wirksam vorbeugen. (Hrsg.): BKK Bundesverband, Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG), AOK-Bundesverband, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). 1. Auflage August 2010.

Bauer, Hans G. / Brater, Michael / Büchele, Ute / Dufter-Weis, Angelika / Maurus, Anna / Munz, Claudia (2007): Lern(prozess)begleitung in der Ausbildung. Wie man Lernende begleiten und Lernprozesse gestalten kann. Ein Handbuch. 2. unveränderte Auflage. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.

Baumgart, Uta / Metz, Anna-Marie / Degener, Mirko (2003): Psychische Belastungen und Beanspruchungen von Pflegekräften in Brandenburger Krankenhäusern. In: Ulich, Eberhard (Hrsg.) (2003): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Schriften zur Arbeitspsychologie / Nr. 61. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Begley, Cecily M. (1999): Student midwives' views of 'learning to be a midwife' in Ireland. *Midwifery*, 1999:15, 264-273.

Begley, Cecily M. (2001): „Knowing your place“: student midwives views of relationships in midwifery in Ireland. *Midwifery*, 2001:17, 222-233.

Begley, Cecily M. (2002): Great fleas have little feases: Irish student midwives views of the hierarchy in midwifery. *Journal of Advanced Nursing*, May 2002; Volume 38; Issue 3, 310-317.

Bengel, J./ Schrittmatter, R./ Willmann, H. (2002) :*Was erhält Menschen gesund?* Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage, Band 6. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Köln: BZgA

Blaeser-Kiel, G. (2006): Schichtarbeiter-Syndrom: Es rächt sich, die innere Uhr zu ignorieren. *Deutsches Ärzteblatt*; Vol: 103 (7), S. A-424.

Bohde, Anna & Borchert, Peggy (2005): Zwischen Idealismus und Frust. In: *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 4/2005, S. 66-68.

Bortz & Döring (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*, 4. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Braun, Bernard / Müller, Rolf (2005):
Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern.
Pflege & Gesellschaft, 10. Jahrgang 3/2005, 131-141

Brosius, Felix (2008): SPSS 16. Das mitp-Standardwerk. 1. Auflage. Redline GmbH: Heidelberg.

Brown, Roger & Gilman, Albert (1977): "Die Pronomen der Macht und Solidarität". In: *Sprache – Persönlichkeit – Sozialstruktur*. Hrsg. von Ursula Wenzel und Matthias Hartig. Hamburg (Hoffmann und Campe). S. 245-270.

Brown, Roger & Gilman, Albert (1982) [1960]: Die Pronomina der ‚Macht‘ und ‚Solidarität‘. – Deutsch in: H. Steger (Heg.): *Anwendungsbereiche der Soziolinguistik*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 163-198.

Bund Deutscher Hebammen e.V. (BDH) (2003): *Hebammen in der Klinik. Betreuungsinhalte und Tätigkeiten* 2. Auflage

Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH) (2004a): Pädagogische Fachbeirat: Kriterienkatalog für die Praxisorte in der Hebammenausbildung im klinischen Bereich.

Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH) (2004b): Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Bund Deutscher Hebammen e. V. März 2004

Bundeshebammeneschülerinnenrat (BSHR): Offener Brief des BHSR an den BDH. Hebammenforum 8/2005, S. 622.

Burisch, Matthias (2006): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 2., unveränderte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.

Carmel, Sara / Anson, Ofra / Levenson, Arie / Bonne, Dan, Y. / Maoz, Benjamin (1991):
Life events, sense of coherence and health: Gender differences on the Kibbutz. Soc. Sci. Med., 1991, Vol. 32, No. 10, pp. 1089 - 1096

Cavanagh, Stephen J. & Snape, John (1997): Educational sources of stress in midwifery students. Nurse Education Today, 1997:17, 128-134

Chamberlain, Marie (1997): Challenges of clinical learning for student midwives. Midwifery, 1997:13, 85-91

Currie, Sheena M. (1999): Aspects of the preparation of student midwives for autonomous practice. Midwifery, 1999:15, 283-292

Debitz, Uwe (2005): Die Gestaltung von Merkmalen des Arbeitssystems und ihre Auswirkungen auf Beanspruchungsprozesse. Schriften zur Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie. Band 16. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM), AG für Materno-Fetale Medizin (AGMFM): Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt. In: Hebammenforum 11/2005, S. 814-820.

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) (2010a):
Kurzinformation zur Mitgliedschaft.
http://www.dghwi.de/downloads/Kurzinfo_Interessenten.pdf, Stand: 03.09.2010,
14.00 Uhr.

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) (2010b):
Kurzinformation zur Mitgliedschaft.
<http://www.dghwi.de/dghwi/gruendungsgeschichte.htm>, Stand: 03.09.2010, 14.02
Uhr.

Deutscher Hebammen Verband e. V. (DHV) (2009):
Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in
die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und
Ergotherapeuten“ – BT-Drs. 16/9898.

DIN EN ISO 10075-1 (2000). Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer
Arbeitsbelastung – Teil 1: Allgemeines und Begriffe. Berlin: Beuth.

Dresing, T. u. a. (2006): Qualitative Evaluation in 100 Stunden. Quick and Clean.
Philipps-Universität Marburg. Institut für Erziehungswissenschaften.

Duden. Die sinn- und sachverwandten Wörter. Synonymwörterbuch der Deutschen
Sprache, Überarbeiteter Neudruck der 2. Auflage, Band 8. Dudenverlag: Mannheim,
Leipzig, Wien, Zürich.

Eckardt, Philipp (2005): Der Bologna-Prozess. Entstehung, Strukturen und Ziele der
europäischen Hochschulreformpolitik. Nordersted: Books on Demand GmbH.

Engelkamp, Gundula (2001): Beanspruchung und Belastung der Altenpflege bereits
im Ausbildungsstadium? Eine prospektive Studie mit Altenpflegeschülerinnen und
-schüler.
Dissertation.

Ensel, Angelica (2003): Lehrerinnen für Hebammenwesen in Deutschland: West mit
oder gegen Ost? In: Hebammenforum 6/2003, S. 376-381.

Enzmann, Dirk & Kleiber, Dieter (1998): Helfer-Leiden. Streß und Burnout in psychosozialen Berufen. Roland Asanger Verlag: Heidelberg

Enzmann, Dirk / Schaufeli, Wilmar B. / Janssen, Peter / Rozeman, Alfred (1998): Dimensionality and validity of the Burnout Measure. Journal of Occupational and Organizational Psychology (1998), 71. 331 – 351.

Eriksson, Monica (2007): Unravelling the Mystery of Salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Helsinki: Folkhälsan Research Centre. Health Promotion Research Programme. Research Report 2007:1.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: Danish Work Environment Cohort Study, 2000 (DWECS).
<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/DK0312SR01/DK0312SR01.htm>,
 14.02.2008, 14.30 Uhr

Fischer, A. (2006): Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf. Eine Studie an österreichischem Pflegepersonal im Schnittpunkt von persönlichkeits-, gesundheits- und arbeitspsychologischem Herangehen. Dissertation eingereicht bei der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Potsdam.

Golembiewski, R. T. & Munzenrider, R. F. (1988): Phases of burnout: Developments in concepts and applications. New York: Praeger

Green, Sarah & Baird, Kathleen (2009): An exploratory, comparative study investigating attrition and retention of student midwives. Midwifery (2009) 25, 79-87.

Greif, S. (1991): Psychischer Stress am Arbeitsplatz (S. 1-28). In: S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.): Stress in der Arbeit – Einführung und Grundbegriffe. Hogrefe: Göttingen.

Güntert, B. J. / Patzen, M. / Frigg-Bützberger, A. / Drack, G. (1993): Die Hebammen in der Schweiz. Eine Untersuchung zur Arbeitssituation und zum zukünftigen Rekrutierungs- und Ausbildungsbedarf. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Nr. 30, Muri, Schweiz

Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag. Drucksache 16/6339

Haberstroh, Julia (2008): Berufliche psychische Belastungen, Ressourcen und Beanspruchungen von Altenpflegern in der stationären Dementenbetreuung. Pantel, Johannes (Hrsg.). Psychosoziale Interventionen zur Prävention und Therapie der Demenz.

Band 1. Berlin: Logos Verlag GmbH.

Häder, Michael (2006): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. Lehrbuch. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

Harri, Marja (1998): The sense of coherence among nurse educators in Finland. Nurse Education Today, 1998;18: 202-212.

Harth, Volker / Pallapies, Dirk / Pesch, Beate / Johnen, Georg / Rabstein, Sylvia / Raulf-Heimsoth, Monika / Welge, Peter / Brüning, Thomas (2009): Gesundheitliche Risiken durch Schichtarbeit? Eine Übersicht der aktuellen Literatur. Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Institut der Ruhr-Universität Bochum. IPA-Journal 03/2009.

Hausmann, Clemens (2009): Burnout-Symptome bei österreichischen PflegeschülerInnen im dritten Ausbildungsjahr Pflege; 22: 297-307.

Hellmers, Claudia (2002): Respekt und Kommunikation. Praxisanleitung in der Hebammenausbildung. In: Hebammenforum, 04/2002: S. 231-236.

Hilpert, Claudia (2000): Wehemütter. Amtshebammen, Accoucheure und die Akademisierung der Geburtshilfe im kurfürstlichen Mainz, 1550-1800. Marburger Schriften zur Medizingeschichte 40. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Peter Lang. Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Hoege, Thomas (2002): Arbeitsbelastung, salutogene Persönlichkeit und Beanspruchung. Eine Untersuchung zum Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen auf den Stressprozess. Dissertation.

-
- Hoege, Thomas (2005): Salutogenese in der ambulanten Pflege. Zum Zusammenhang zwischen organisationalen Ressourcen, erlebter Fairness, Kohärenzsinn und der psychophysischen Gesundheit von ambulanten Pflegekräften. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (1), 3-11.
- Hoege, Thomas & Büssing, André (2004): The Impact of Sense of Coherence and Negative Affectivity on the Work Stressor-Strain Relationship. *Journal of Occupational Health Psychology* (2004), Vol. 9, No. 3, 195-205.
- Hopf, Christel (1993): Befragungsverfahren. In: Flick, Uwe / Kardorff v., Ernst / Keupp, Heiner / Rosenstiel v., Lutz / Wolff, Stephan (1995): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Auflage. München, Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlag-Union.
- Hopf, Christel / Schmidt, Christiane (Hrsg): Zum Verhältnis von innerfamilialen sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen. Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema (1993).
- Horschitz, H. / Kurtenbach, H. (2003): *Hebammengesetz: Gesetz über den Beruf der Hebammen und des Entbindungspflegers vom 4. Juni 1985 mit den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen mit Erläuterungen*. 3. Auflage. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- Jeron, Judith & Naumann, Elias (2010): „...ein paar Kreuze hier, ein paar Kreuz da...“. In: *Hebammenforum* 7/2010: S. 611-614.
- Joiko, K.; Schmauder, M.; Wolff, G. *Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Erkennen - Gestalten*, 4. Auflage. Dortmund, 2008.
- Jorgensen, Randall / Frankowski, James / Carey, Michael (1999): Sense of coherence, negative life events and appraisal of physical health among university students. *Personality and Individual Differences*, 27 (1999), S. 1079 – 1089.

Kaufmann, I./ Pornschlegel, H./ Udris, I. (1982): Arbeitsbelastung und Beanspruchung S. 13-48. In: Zimmermann, Lothar (Hrsg.): Belastungen und Stress bei der Arbeit. Körperliche und psychische Beanspruchung, Gesundheit, Erholungspausen. Humaner Arbeit-Leitfaden für Arbeitnehmer 5. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH: Reineck bei Hamburg.

Kieschke, Ulf (2003): Arbeit, Persönlichkeit und Gesundheit. Beiträge zu einer differentiellen Psychologie beruflichen Belastungsgeschehens. Dissertation, Universität Potsdam.
Berlin: Logos Verlag.

Kollig, Martina (2006): Gesundheitsgerechte Gestaltung von Schichtarbeit. Bundesarbeitsblatt 1/2006: S. 13-22. (Hrsg.) Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Korczak, Dieter / Kister, Christine / Huber, Beate (2010): Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in Deutschland. (Hrsg.): Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Köln.

Krause; Michael (2001): Nürnberger BEL-Studie: Ist der Kaiserschnitt der bessere Geburtsmodus für das Kind? In: Die Hebamme 03/2001: S. 137-143.

Kuckartz, Udo (2005): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kuckartz, Udo / Dresing, Thorsten / Rädiker, Stefan / Stefer, Claus (2007): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lauder, Wiliam / Topping, Keith / Holland, Karen / Johnson, Martin / Porter, Mary / Roxburgh, Michelle / Behr, Aga (2008): An evaluation of fitness for practice curricula: self-efficacy, support and self-reported competence in preregistration student nurses and midwives. Journal of Clinical Nursing (2008) 17 (14), S. 1858-1867.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978): Stress-related transactions between person and environment. In: L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.): Perspectives in interactional psychology (S. 287-327). New York: Plenum.

Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981): Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J. R. (Hrsg.): Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen (S. 213-260). Bern: Huber.

Leiter, M. P. & Maslach, Ch. (1988): The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. Journal of Organizational Behavior, 9, S. 297-308.

Licqurish, Sharon & Seibold, Camel (2008): Bachelor of Midwifery students' experiences of achieving competencies: The role of the midwife preceptor. Midwifery (2008) 24, 480-489.

Loytved, Christine (2002): Hebammen und ihre Lehrer. Wendepunkte in Ausbildung und Amt Lübecker Hebammen (1730-1850). Frauengesundheit. Band 2. Schücking, Beate A. (Hrsg.). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

Loytved, Christine (2003): Aufgegeben oder abgenommen? – Kompetenzverlust in der Hebammenausbildung. In: Hebammenforum, 5/2003, S. 322-327.

Luyben, Ans (2001): Geburtshilfe im 21. Jahrhundert: Erwartungen und Perspektiven. In: Die Hebamme 02/2001, S. 71-77.

Mändle, Christine / Opitz-Kreuter, Sonja / Wehling, Andrea (2000): Das Hebammenhandbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. 1. Auflage. Stuttgart: F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH.

Marraffa, Tamara (2003): Die Technisierung des Gebärens. In: Die Hebamme, 2003; 16: 149-151.

Maslach, Ch. & Jackson, S. E. (1981): Maslach Burnout Inventory („Human Services Survey“). Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Mayring, Philipp (1997): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 6., durchgesehene Auflage. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Mustin, Jessica unter Mitarbeit von Kazmaier, Ina / Herlzer, Christiane (2002): Hebammenausbildung im Profil. Bestandsaufnahme der Hebammenschülerinnen. In: Hebammenforum, 01/2002, S. 40-42.

Nachreiner, F. (1995): Normen werden zu wichtigem Wettbewerbsfaktor. Arbeitgeber, 19/47: 672-674.

Nachreiner, F. & Schultetus, W. (2002): Normung im Bereich der psychischen Belastung- die Normen der Reihe DIN EN ISO 10075. DIN-Mitt. 81. 2002, Nr. 8, S. 519-524.

Nilsson, Imogene / Axelsson, Karin / Gustafson, Yngve / Lundman, Berit / Norberg, Astrid (2001): Well-being, sense of coherence, and burnout in stroke victims and spouses during the first few months after stroke. Scand. J. Caring Sci; 2001; 15; S. 203-214.

Nilsson, Berit / Holmgren, Lars / Westman, Göran (2000): Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden. Gender and psychosocial differences. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2000;18:1,14-20.

Nitsch, J. R.; Udris, I.: Beanspruchung im Sport: Beiträge zur psychologischen Analyse sportlicher Leistungen. Schriftenreihe: Training und Beanspruchung, Band 4, Hrsg. v. Eberhard Ulich, 1. Auflage, 1976. Limprecht Bad Homburg.

Nordang, Kirsten / Hall-Lord, Marie-Louise / Farup, Per (2010): Burnout in health-care professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses. BMC Nursing 2010, 9:8, S. 1-7

Paridon, Hiltraut/ Bindzius, Fritz/ Windemuth, Dirk/ Hanßen-Pannhausen, Renate/ Boege, Katrin/ Schmidt, Nicola/ Bochmann, Frank. Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA): IGA-Report 5. Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit. Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten. Herausgeber: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften – HVBG Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit – BGAG. BKK Bundesverband. 1. Auflage 2004.

Pehlke-Milde, Jessica (2009): Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung. Dissertation.

Pines, Ayala M./ Aronson Elliot (1988): Career Burnout: Causes and Cures. New York. Free Press.

Pines, Ayala M. / Aronson, Elliot / Kafry, Ditsa (2006): Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. 10. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Prymachuk, Steven & Richards, David A. (2008): Predicting stress in pre-registration midwifery students attending a university in Northern England. *Midwifery* (2008) 24, 108-222.

Quinlivan, Julie / Thompson, Christine M. / Black, Kirsten I. / Kornman, Louise H. / McDonald, Susan J. (2002): Medical and midwifery students: how do they view their respective role on the labour ward? *Australian and New Zealand journal of obstetric and gynaecology* (2002) 42 (4), S. 401-406.

Reime, B. (2000): Gesundheitsverhalten erwerbstätiger Frauen im Kontext von Burnout, Sozialer Unterstützung und Gender. *Texte zur Sozialpsychologie*, Band 6. Herausgeber: Ulrich Wagner. Waxmann: Münster, New York, München, Berlin.

Reime, B. & Tomaselli, S. (2000): Wohl und Weh der Schülerin. In: *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 6/2000, S. 342-345.

Richter, Gabriele (2000): Psychische Belastung und Beanspruchung. Stress, psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung. *Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse* Nr. 116 (Schriftenreihe der BAuA) Dortmund 2000.

Rösing, Ina (2008): Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. 2. Auflage Kröning: Asanger Verlag GmbH

Rohmert, W. (1984): Das Belastungs- Beanspruchungskonzept: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 38, S. 193 – 200.

Rohmert, W. & Rutenfranz (1975): Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen Industriearbeitsplätzen. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Rutenfranz, J. (1981). Arbeitsmedizinische Aspekte des Stressproblems. In J.R. Nitsch (Hrsg.), Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen (379-390). Stuttgart, Wien: Hans Huber Verlag.

Ryland, Elisabeth / Greenfeld, Sue (1991): Work Stress and Well Being: An Investigation of Antonovsky's Sense of Coherence Model. Journal of Social Behavior and Personality, 6; 7, S. 39-54.

Sayn-Wittgenstein zu, Friederike (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Schaufeli, Wilmar / Maslach, Christina / Marek, Tadeusz (1993): Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. Washington, DC: Taylor & Francis.

Schikanski, Dieter (2006): Das Burnoutsyndrom in der Krankenpflegerausbildung. Eine Untersuchung zur Belastungssituation von Krankenpflegeschülern an der Krankenpflegeschule des Vinzenzkrankenhauses in Hannover. Dissertation.

Schmid, K. / Riehm, Y. / Rossbach, B. / Letzel, S. / Drexler, H. / Mück-Weymann, M. (2007): Einfluss der Schichtarbeit im Rettungsdienst auf psychophysische Parameter. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie; Vol: 58 (11); S. 416-422.

Schönpflug, W. (1987): Beanspruchung und Belastung bei der Arbeit – Konzepte und Theorien (S. 130-184). In: U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D, Serie III, Bd. 1 Arbeitspsychologie. Hogrefe: Göttingen.

Schroth, Ursula (2005): Die Gründung der Gutachterinnen-Kommission, Kiel 1. Juni 2005.

Schumacher, Eva-Maria (2007): LernCoaching – Schlüsselkompetenzen für Lehrende. In: Sohr, S. / Bonse-Rohmann, M. (Hrsg.). Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe. Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Beiträge für eine moderne berufliche Bildung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung. 2005, S. 116 – 120.

Schumacher, Jörg / Wilz, Gabriele / Gunzelmann, Thomas / Brähler, Elmar. (2000a): Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzska. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 50, 472-482.

Schumacher, Jörg, Gunzelmann, Thomas & Brähler, Elmar. (2000b): Deutsche Normierung der Sense of Coherence. Scale von Antonovsky. Diagnostica, 46, 208-213.

Schumann, Marion (2006): Westdeutsche Hebammen zwischen Hausgeburtshilfe und klinischer Geburtsmedizin (1945-1989). In: Bund Deutscher Hebammen e. V. (Hrsg.): Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Schwarz, Clarissa & Schücking, Beate (2002): Wie häufig kommt eine >normale< Geburt heute in der Klinik vor? In: Die Hebamme 03/2002, S. 127-131.

Schwarz, Clarissa & Schücking, Beate (2004): Welche Auswirkungen hat eine Einleitung auf die nachfolgende Geburt? In: Die Hebamme 2004; 17: 91-94.

Schwarz, Renate (2007): Supervision in der Pflege. Leitfaden für Pflegemanager und –praktiker. Verlag Hans Huber, Bern.

Schwarzer, Ralf (1993): Stress, Angst und Handlungsregulation. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer.

Seibt, Annelore / Knauth, Peter / Griefahn, Barbara (2005): Nacht- und Schichtarbeit. Arbeitsmedizinische Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V.

Seidel, Hans-Christoph (1998): Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. Und 19. Jahrhundert in Deutschland. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Jütte, Robert (Hrsg.). MedGG-Beihefte 11. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Singer, S./ Brähler, E. Unter Mitarbeit von Schumacher, J. und Schmutzer, G. (2007): Die >Sense of Coherence Scale<. Testhandbuch zur deutschen Version. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Sockoll, Ina – Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) (2008): IGA. Fakten 1. Psychische Gesundheit im Erwerbsleben. (Hrsg.): BKK Bundesverband, BGAG – Institut Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, AOK-Bundesverband, Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. 1. Auflage Oktober 2008.

Söderfeldt, Marie / Söderfeldt, Björn / Ohlson, Carl-Göran / Törres, Theorell / Jones, Ian (2000): The impact of sense of coherence and high-demand / low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. Work & Stress, 2000, Vol. 14, No. 1, S. 1-15.

Sohr, Sven (2005): „All you need...“: Schlüsselkompetente Persönlichkeiten der Zukunft? 20 theoretische, empirische und konzeptionelle Thesen zum Thema Schlüsselqualifikationen. In: Sohr, S. / Bonse-Rohmann, M. (Hrsg.). Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe. Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Beiträge für eine moderne berufliche Bildung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung. 2005, S. 8-52.

Toivanen, Susanna (2007): Work-Related Inequalities in Health. Centre for Health Equity Studies (CHESS). Stockholm University. Dissertation.

Udris, Ivars / Frese, Michael (1999): Belastung und Beanspruchung. In: Carl Graf Hoyos / Dieter Frey (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Ulich, Eberhard (2005): Arbeitspsychologie. 6., überarbeitete und erweiterte Auflage. vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich und Schäffer-Pöschel Verlag für Wirtschaft, Steuern, Recht GmbH, Stuttgart .

Ulmer, Philipp & Gutschow, Katrin (2009): Die Ausbilder-Eignungsverordnung 2009: Was ist neu? In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP). Die Zeitschrift des Bundesinstitutes für Berufsbildung (BiBB). 3/2009, S. 48-51.

van der Colff, Jacoba & Rothmann, Sebastian (2009): Occupational Stress, Sense of Coherence, Coping, Burnout and Work Engagement of Registered Nurses in South Africa. SA Journal of Industrial Psychology, Vol. 35, No. 1, S. 1-10.

Wagner, Marsden (2002): Fische können das Wasser nicht sehen. Geburtshilfe menschenwürdig gestalten. In: Hebammenforum 11/2002, S. 734-742.

Wahring, Bettina (2002): Vorwort. In: Loytved, Christine: Hebammen und ihre Lehrer. Wendepunkte in Ausbildung und Amt Lübecker Hebammen (1730-1850). Frauengesundheit Band 2. Schücking, Beate A. (Hrsg.). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

Waldbuesser, Patrick (2004): Versetzte Ausbildungszeiten in der Berufsausbildung jugendlicher Nachwuchskräfte. Eine Längsschnittstudie zur Erfassung und Bewertung betrieblicher Veränderungsprozesse und belastungsmildender Ressourcen in der Berufsausbildung. Dissertation. Psychologisches Institut der Universität Heidelberg.

Walsh, Denis (2002): Hebammen und die moderne Technik. Eine längst überfällige Debatte. In: Hebammenforum 02/2002, S. 91-97.

Walton, Irene & Hamilton, Mary (1995): Midwives and Changing Childbirth. Books for Midwives Press Ltd. Hale, England.

Weiß, Magdalene (2004): Hebammenkunst – Erfahrung, Wissenschaft, Intuition. In: Hebammenforum 07/2004, S. 456-462.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2001): Programm Pflege- und Hebammenwesen. Europäische Union. Standards für Pflegende und Hebammen. Information für EU-Beitrittsländer. Maggy Wallace (Broschüre EUR/00/5019308).

Wolber, Edith (2006): Im Westen nichts Neues: Hebammenarbeit zwischen Bevormundungsversuchen und dem Streben nach beruflicher Autonomie (1989-2005). In: Bund Deutscher Hebammen e. V. (Hrsg.): Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Zerssen, D. v. (2000): Die Beschwerdenliste. Parallelförmige B-L und B-L' Ergänzungsbogen B-L°. Manual. Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informations-System (PSYCHIS München). Göttingen: Beltz Test GmbH.

Zoege, Monika (1998): Hebammenausbildung. Eine empirische Bestandsaufnahme der heutigen Situation des Lehrens und Lernens an deutschen Hebammenschulen. In: Deutsche Hebammenzeitschrift. 50. Jahrgang, Heft 2, S. 54-64.

Zoege, Monika (2002): Wie muss sich die Hebammenausbildung verändern, um den heutigen Anforderungen gerecht zu werden? In: Die Hebamme, 3/02, S. 169-173.

Zoege, Monika (2004): Die Professionalisierung des Hebammenberufs Anforderungen an die Ausbildung. 1. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Gesetzestexte, Richtlinien und Ordnungen

Ausbilder-Eignungsverordnung (AEVO) Auf Grund des § 21 Abs. 1 des Berufsbildungsgesetzes von 14. August 1969 (BGBl. S. 1112), der zuletzt durch Artikel 35 der Verordnung vom 21. September 1997 (BBGBl. S. 2390) geändert worden ist, in Verbindung mit Artikel 56 des Zuständigkeitsanpassungs-Gesetzes vom 18. März 1975 (BGB. I S. 705) und dem Organisationserlass vom 27. Oktober 1998 (BGBl. I S. 3288).

Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGB. I S. 929), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686).

Deutscher Bundestag. 16. Wahlperiode (2008): Gesetzentwurf des Bundesrates. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Drucksache 16/9898 vom 02.07.2008.

EU-Richtlinie 80/154/EWG und 80/155/EWG des Europäischen Parlaments vom 21.1.1980 (Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. L 33/1, S. 1 und S. 8).

EU-Richtlinie 2005/36/EG: Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. Der Europäischen Union L 255 vom 30.9.2005).

Hebammengesetz (HebG) - Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers vom 4. 6. 1985 (BGBl. I S.902), zuletzt geändert durch Art. 18 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686).

Abkürzungsverzeichnis

AGMFM	AG für Materno-Fetale Medizin
AGMTG	AG für Medizinalberufe in der Therapie und Geburtshilfe
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BDH	Bund Deutscher Hebammen e. V. (seit Oktober 2008: DHV)
BfB	Bundesfortbildungsbeauftragte
BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland e. V.
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BHSR	Bundeshebammenschülerinnenrat
BL	Beschwerdeliste (bestehend aus B-L und B-L')
BM	Burnout Measure
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DGHWi	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin
DHV	Deutscher Hebammenverband
DP	Depersonalisierung
EE	Emotionale Erschöpfung
EU	Europäische Union
HebAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
HebBO	Hebammenberufsordnung
HebG	Hebammengesetz
HGH	Hebammengemeinschaftshilfe
LfH	Lehrerin für Hebammenwesen
ICM	International Confederation of Midwives
IGA	Initiative für Gesundheit und Arbeit
MAXQDA	Auswertungsprogramm zur qualitativen Datenanalyse
MBI	Maslach-Burnout-Inventary
QUAG	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V.
SL	Subjektive Leistungseinschätzung
SMI	Safe Motherhood Initiative

SOC	Sense of Coherence
SOC L-9	Leipziger Kurzska la “L-9” zur Ermittlung des Sense of Coherence
SPSS	Software zur statistischen Datenanalyse
T1	Erster Erhebungszeitpunkt
T2	Zweiter Erhebungszeitpunkt
UNICEF	United Nations International Children’s Emergency Fund
UNO	United Nations Organisation
VDA	Verband Deutscher Anstaltshebammen
WHO	World Health Organisation

Tabellenverzeichnis

1	Demographische Daten der Probandinnen der qualitativen Analyse
2	Ausbildungsrelevante Informationen der Probandinnen der qualitativen Analyse
3	Lehrerinnenbetreuung der Probandinnen der qualitativen Analyse
4	Kreißaalsituation und Supervisionsangebot für die Probandinnen der qualitativen Analyse
5	Motivation für die Berufswahl der Probandinnen der qualitativen Analyse
6	Angaben der Probandinnen B1 bis B11 der qualitativen Analyse zu Belastungen der „Organisation und Kommunikation“
7	Angaben der Probandinnen B12 bis B21 der qualitativen Analyse zu Belastungen der „Organisation und Kommunikation“
8	Probandinnen B1 bis B11 Anredeverhalten im Kreißaal
9	Probandinnen B12 bis B21 Anredeverhalten im Kreißaal
10	Probandinnen B1 bis B12 – Belastungen „Stimmung und Umgang“
11	Probandinnen B13 bis B21 – Belastungen „Stimmung und Umgang“
12	Rücklaufquote der quantitativen Analyse
13	Prozentrang-Normen für die SOC-L9
14	Statistische Kennwerte des BM
15	Demographische Daten I der Probandinnen der quantitativen Analyse
16	Demographische Daten II der Probandinnen der quantitativen Analyse
17	Probandinnen der quantitativen Analyse – Fahrtzeit und Sprachen
18	Wohnform der Probandinnen der quantitativen Analyse
19	Mittelwert T1 und T2 von BM, BL und SOC
20	Statistik bei gepaarten Stichproben (SOC)
21	Korrelation bei gepaarten Stichproben (SOC)
22	Korrelationskoeffizienten und mögliche Interpretationen
23	Korrelation von BM, BL und SOC
24	Burnout Measure (BM) – Mittelwerte der Schulen
25	Beschwerdeliste (BL) – Mittelwerte der Schulen
26	Sense of Coherence (SOC) – Mittelwerte der Schulen
27	Schulspezifische Veränderung von BM, BL und SOC on T1 zu T2
28	„TOP-five“ der negativen Veränderung BL-Items von T1 zu T2
29	Stressoren in der Arbeitsaufgabe
30	Stressoren in der sozialen Beziehung
31	Korrelation des BM- und BM-Deltas mit den Belastungskategorien

-
- 32 Schule A - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien
 - 33 Schule B - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien
 - 34 Schule D - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien
 - 35 Schule K - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien
 - 36 Schule L - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien
 - 37 Schule N - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien
 - 38 Schule O - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien
 - 39 Schule P - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien
 - 40 Schule T - Häufigkeitsbenennungen der Belastungskategorien
 - 41 Schulen mit und ohne signifikante Wertveränderung –
Überdurchschnittliche Nennungen der Belastungskategorien
 - 42 Korrelation des BM- und BL-Delta und den Kategorien der
Freitextantworten und Ergebnis der partiellen Korrelation unter
Berücksichtigung des SOC

Abbildungsverzeichnis

1	Transaktionaler Stresskonzept
2	Das arbeitspsychologische Stressmodell
3	Burnout Measure (BM) T1
4	Burnout Measure (BM) T2
5	Beschwerdeliste (BL) T1
6	Beschwerdeliste (BL) T2
7	Streudiagramm - Korrelation SOC T2 mit BM T2
8	Streudiagramm - Korrelation BM T2 mit BL T2
9	Ergebnisse der Beschwerdeliste (BL) nach Grad der Belastung
10	Balkendiagramm der BL-Veränderung von T1 nach T2 pro Item
11	Arbeitsbedingte Gesundheitsbeschwerden Erwerbstätiger 2007

Anhang - Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: BM T1 - Histogramm	185
Abbildung 2: BM T2 - Histogramm	185
Abbildung 3: BL T1 - Histogramm	186
Abbildung 4: BL T2 - Histogramm	186
Abbildung 5: SOC T1 - Histogramm.....	187
Abbildung 6: SOC T2 - Histogramm.....	187
Abbildung 7: Balkendiagramm - BM-Veränderung im Schulvergleich.....	188
Abbildung 8: Balkendiagramm BL-Veränderung im Schulvergleich.....	188
Abbildung 9: Balkendiagramm - SOC-Veränderung im Schulvergleich	189
Abbildung 10: Burnout-Measure (BM).....	190
Abbildung 11: Beschwerdeliste (BL)	191
Abbildung 12: Beschwerdeliste (BL').....	192
Abbildung 13: Sense of Coherence (SOC L-9)	193
Abbildung 14: Angaben zur Person (I)	194
Abbildung 15: Angaben zur Person (II)	195
Abbildung 16: Angaben zur Ausbildungsorganisation (I).....	196
Abbildung 17: Angaben zur Ausbildungsorganisation (II).....	197
Abbildung 18: Interviewleitfaden (1).....	198
Abbildung 19: Interviewleitfaden (2).....	199
Abbildung 20: Interviewleitfaden (3).....	200
Abbildung 21: Interviewleitfaden (4).....	201
Abbildung 22: Interviewleitfaden (5).....	202
Abbildung 23: Interviewleitfaden (6).....	203
Abbildung 24: Interviewleitfaden (7).....	204

Abbildung 1: BM T1 - Histogramm

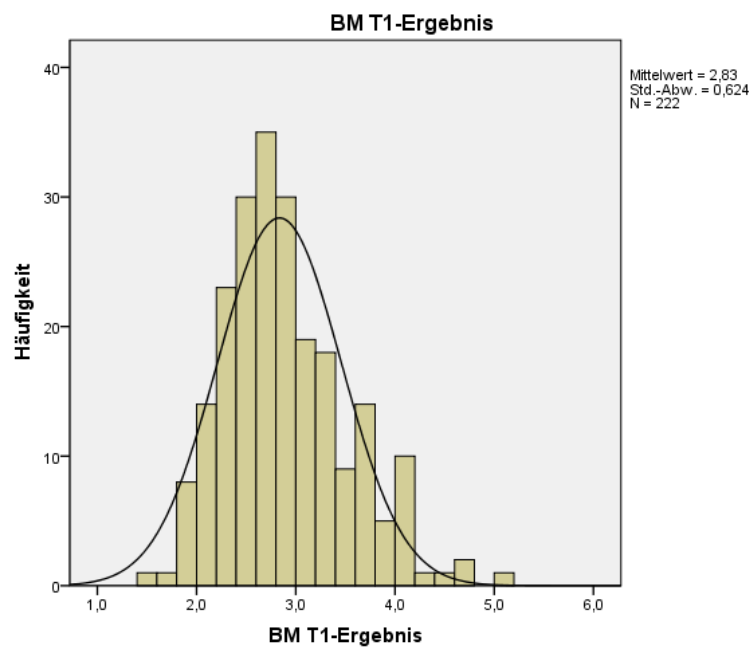


Abbildung 2: BM T2 - Histogramm

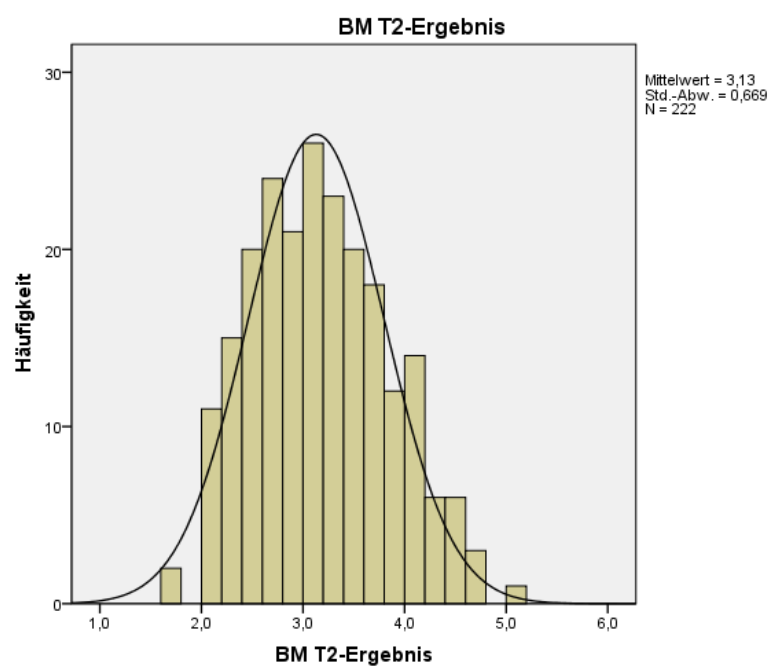


Abbildung 3: BL T1 - Histogramm

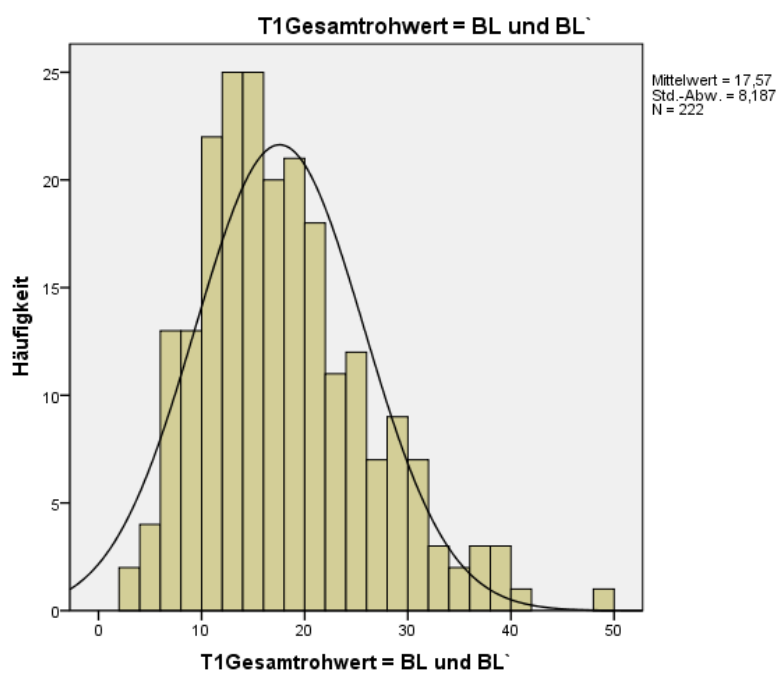


Abbildung 4: BL T2 - Histogramm

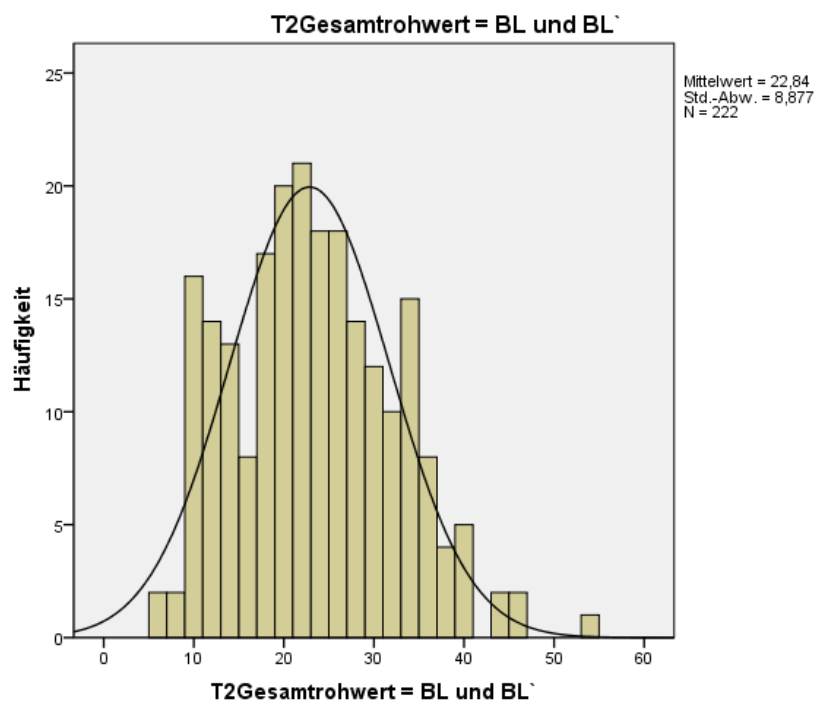


Abbildung 5: SOC T1 - Histogramm

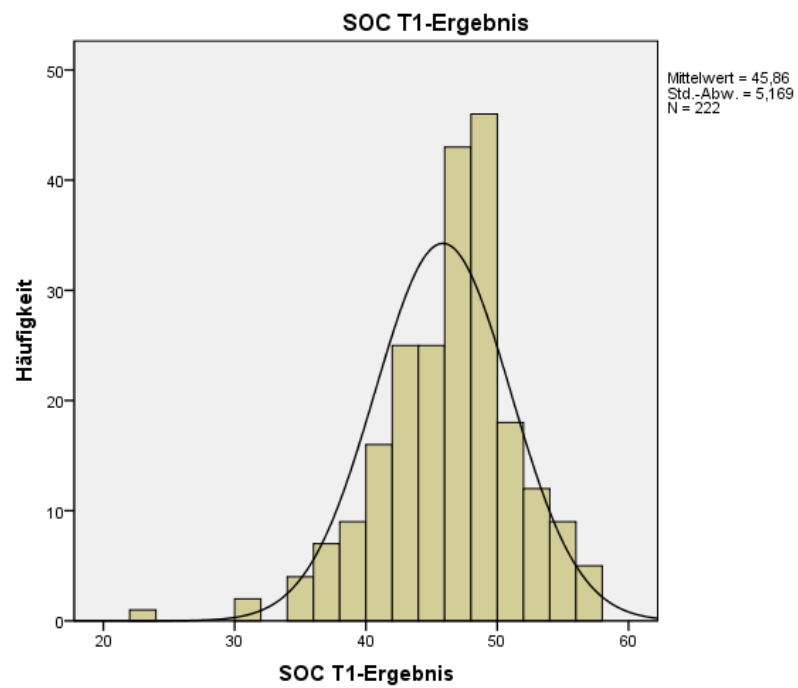


Abbildung 6: SOC T2 - Histogramm

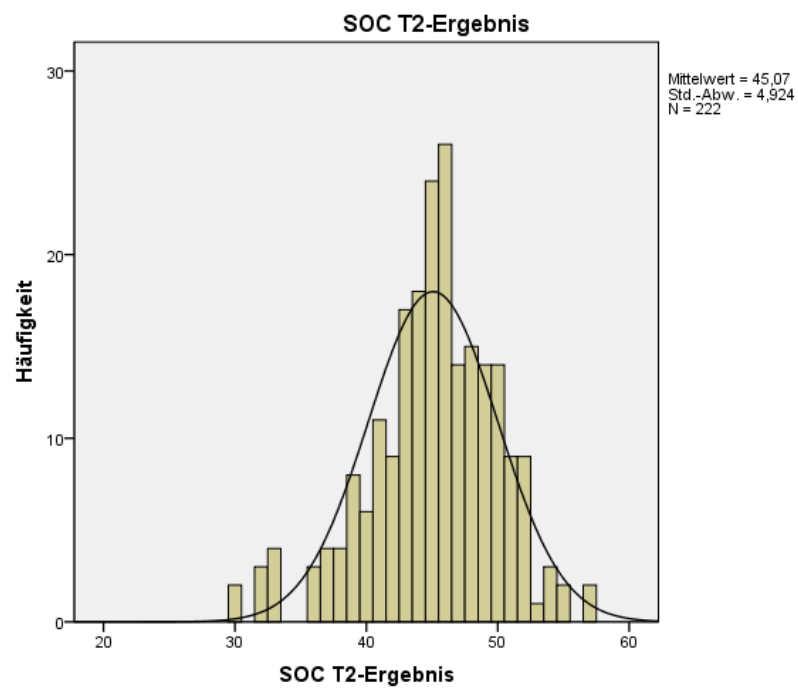


Abbildung 7: Balkendiagramm - BM-Veränderung im Schulvergleich

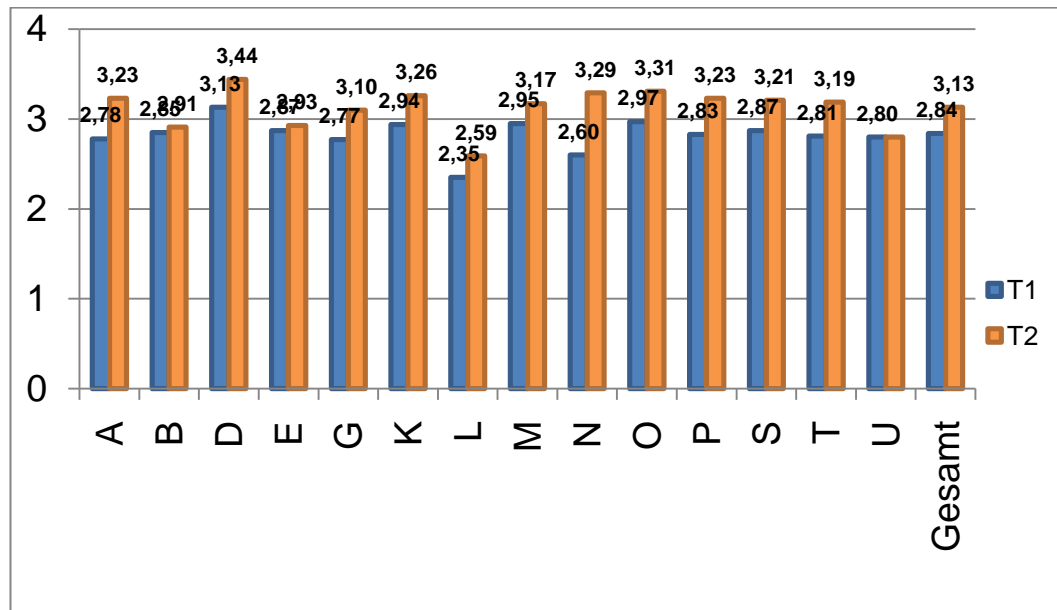


Abbildung 8: Balkendiagramm BL-Veränderung im Schulvergleich

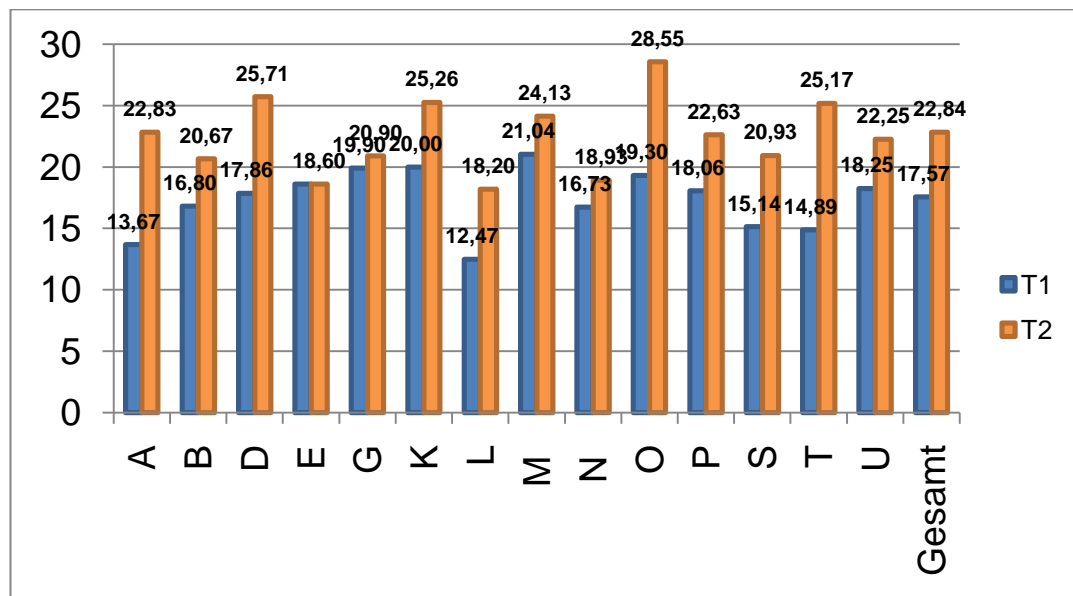


Abbildung 9: Balkendiagramm - SOC-Veränderung im Schulvergleich

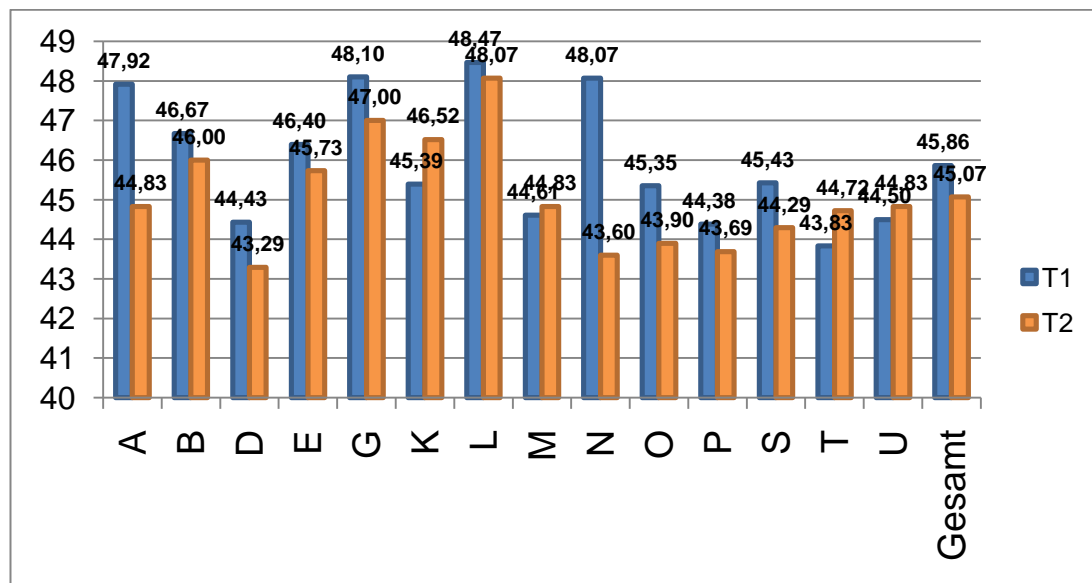


Abbildung 10: Burnout-Measure (BM)

Burnout-Measure (BM)	niemals	fast niemals	selten	manchmal	oft	meistens	immer
1. Ich bin müde.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ich fühle mich niedergeschlagen.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ich habe einen guten Tag.	1	2	3	4	5	6	7
4. Ich bin körperlich erschöpft.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ich bin emotional erschöpft.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ich bin glücklich.	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich bin „erledigt“.	1	2	3	4	5	6	7
8. Ich bin „ausgebrannt“.	1	2	3	4	5	6	7
9. Ich bin unglücklich.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ich fühle mich abgearbeitet.	1	2	3	4	5	6	7
11. Ich fühle mich wertlos.	1	2	3	4	5	6	7
12. Ich fühle mich gefangen. (Synonyme für gefangen: eingesperrt, unfrei, gehemmt)	1	2	3	4	5	6	7
13. Ich bin überdrüssig (Synonyme für überdrüssig: müde, leid, gelangweilt, satt).	1	2	3	4	5	6	7
14. Ich bin bekümmert (Synonyme für bekümmert: bedrückt, ernst, traurig, freudlos).	1	2	3	4	5	6	7
15. Ich bin über andere verärgert oder enttäuscht.	1	2	3	4	5	6	7
16. Ich fühle mich schwach.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ich fühle mich hoffnungslos.	1	2	3	4	5	6	7
18. Ich fühle mich zurückgewiesen.	1	2	3	4	5	6	7
19. Ich bin optimistisch.	1	2	3	4	5	6	7
20. Ich fühle mich tatkräftig.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ich habe Angst	1	2	3	4	5	6	7

Abbildung 11: Beschwerdeliste (BL)

B-L	B
Inst _____ Stat _____	Datum _____ Wt _____
I-Nr _____ ICD-Nr. _____	Uhrzeit ____ / ____ Tz _____
V – IQ _____	

Ab hier vom Patienten auszufüllen:

Name _____ Mädchenname _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____ Alter _____ Jahre

Beruf _____ Geschlecht m/w _____

Bitte füllen Sie diese Beschwerdenliste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung! Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus!

Ich leide unter folgenden Beschwerden:

	stark	mäßig	kaum	gar nicht
1. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals				
2. Kurzatmigkeit				
3. Schwächegefühl				
4. Schluckbeschwerden				
5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust				
6. Druck- oder Völlegefühl im Leib				
7. Mattigkeit				
8. Übelkeit				
9. Sodbrennen oder saures Aufstoßen				
10. Reizbarkeit				
11. Grübeleien				
12. Starkes Schwitzen				
13. Kreuz- oder Rückenschmerzen				
14. Innere Unruhe				
15. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen				
16. Unruhe in den Beinen				
17. Überempfindlichkeit gegen Wärme				
18. Überempfindlichkeit gegen Kälte				
19. Übermäßiges Schlafbedürfnis				
20. Schlaflosigkeit				
21. Schwindelgefühl				
22. Zittern				
23. Nacken- oder Schulterschmerzen				
24. Gewichtsabnahme				

© by Beltz Test GmbH, Göttingen · Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten

Best. Nr. 04 077 02

Abbildung 12: Beschwerdeliste (BL')

B-L' _____ B' _____

Inst _____ Stat _____ Datum _____ Wt _____

I-Nr _____ ICD-Nr _____ Uhrzeit _____ / _____ Tz _____

_____ V - IQ _____

Ab hier vom Patienten auszufüllen:

Name _____ Mädchenname _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____ Alter _____ Jahre

Beruf _____ Geschlecht m/w _____

Bitte füllen Sie diese Beschwerdenliste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung! Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus!

Ich leide unter folgenden Beschwerden:

	stark	mäßig	kaum	gar nicht
1. Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen				
2. Müdigkeit				
3. Gleichgewichtsstörungen				
4. Anfallsweise Atemnot				
5. Erstickungsgefühl				
6. Neigung zum Weinen				
7. Appetitlosigkeit				
8. Schluckauf				
9. Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern				
10. Rasche Erschöpfbarkeit				
11. Angstgefühl				
12. Leibschmerzen (einschl. Magen- oder Unterleibsschmerzen)				
13. Verstopfung				
14. Energielosigkeit				
15. Gelenk- oder Gliederschmerzen				
16. Konzentrationsschwäche				
17. Kalte Füße				
18. Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit				
19. Leichtes Erröten				
20. Frieren				
21. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen				
22. Trübe Gedanken				
23. Innere Gespanntheit				
24. Taubheitsgefühl („Einschlafen“, „Absterben“, Brennen oder Kribbeln) in Händen und/oder Füßen				

BELTZ TEST © Beltz Test GmbH, Göttingen · Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten 04 077 03

Abbildung 13: Sense of Coherence (SOC L-9)

SOC L-9

Hier ist eine Reihe von Fragen, welche sich auf verschiedene Aspekte unseres Lebens beziehen. Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die Ihrer Beurteilung am besten entspricht, wobei die Zahlen 1 und 7 Extremantworten darstellen. Bitte geben Sie **immer nur eine Antwort pro Frage**.

1. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind, und nicht wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft	1 2 3 4 5 6 7	sehr selten oder nie
----------	---------------	----------------------

2. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass...

Sie spüren, wie schön es ist, zu leben	1 2 3 4 5 6 7	Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben
--	---------------	--

3. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie....

Eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung	1 2 3 4 5 6 7	eine Quelle von Schmerz und Langeweile
--	---------------	--

4. Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?

sehr oft	1 2 3 4 5 6 7	sehr selten oder nie
----------	---------------	----------------------

5. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt...

dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden	1 2 3 4 5 6 7	dann wird bestimmt etwas passieren, das dieses Gefühl wieder verdirbt
---	---------------	---

6. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben...

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird	1 2 3 4 5 6 7	voller Sinn und Zweck sein wird
-------------------------------------	---------------	---------------------------------

7. Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als trauriger Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

sehr oft	1 2 3 4 5 6 7	sehr selten oder nie
----------	---------------	----------------------

8. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass...

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden	1 2 3 4 5 6 7	Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden
---	---------------	---

9. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

sehr oft	1 2 3 4 5 6 7	sehr selten oder nie
----------	---------------	----------------------

Abbildung 14: Angaben zur Person (I)

Angaben zur Person T1 L-0000			
A1)	Geschlecht:	weiblich	<input type="checkbox"/>
A2)		männlich	<input type="checkbox"/>
A3) Bitte geben Sie Ihr Alter in Jahren an:Jahre			
<u>Welchen Schulabschluss haben Sie?</u>			
A4)	Hauptschule		<input type="checkbox"/>
A5)	Realschule (Mittel- oder Handelsschule		<input type="checkbox"/>
A6)	Fachhochschulreife		<input type="checkbox"/>
A7)	Abitur		<input type="checkbox"/>
<u>Haben Sie studiert?</u>			
	A8)	ja	<input type="checkbox"/>
	A9)	nein	<input type="checkbox"/>
Falls Sie Frage A8 mit „ja“ beantwortet haben: An welcher Einrichtung haben Sie studiert?			
	A10)	Fachhochschule	<input type="checkbox"/>
	A11)	Universität	<input type="checkbox"/>
A12) Bitte geben Sie Angaben zu Ihrem Studiengang und Abschluss:			
A13) Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?			
A14)		ja	<input type="checkbox"/>
		nein	<input type="checkbox"/>
A15) Wenn Sie A13 mit „Ja“ beantwortet haben: Wie lautet die genaue Berufsbezeichnung?			
A16) Nationalität (bei Geburt):			
A17) Nationalität (heute):			

(N.B. Bei der Auswertung wurde davon ausgegangen, dass „Nationalität“ und „Staatsangehörigkeit“ von den Probandinnen synonym verstanden wurden.)

Abbildung 15: Angaben zur Person (II)

Derzeitige Wohnform in der Stadt, in der Sie Ihre Ausbildung absolvieren: T1 L-0000

- A18) Ich wohne im Wohnheim ☐
 A19) Ich wohne bei meinen Eltern ☐
 A20) Ich wohne in meiner eigenen Wohnung ☐
 A21) Ich wohne in einer anderen Wohnform ☐
 (z. B. Wohngemeinschaft)

A22) Wie viele Kinder haben Sie?

A23) Wie viele Kinder leben unter der Woche in Ihrem Haushalt?
 (keine Geschwisterkinder)

A24) Wie viele Kinder leben am Wochenende in Ihrem Haushalt?
 (keine Geschwisterkinder)

- A25) Partnerschaft: bestehend ☐
 A26) nicht bestehend ☐

Leben Sie unter der Woche von Ihrem Partner/Partnerin getrennt?

- A27) ja ☐
 A28) nein ☐

A29) Wenn Sie wegen der Ausbildung umgezogen sind (z.B. Wohnheim) und am Wochenende nach Hause fahren, wie viel Zeitaufwand benötigen Sie - Ihrer Einschätzung nach - für die einfache Strecke zu Ihrem Heimatort:

.....

A32) Bitte führen Sie die Sprache/n auf, die Sie sprechen und treffen Sie eine Aussage, wie gut Sie die Sprache/n beherrschen? (Bitte machen Sie pro Sprache ein Kreuz!)

..... ☐ Muttersprache
☐ fließend
☐ Grundkenntnisse

..... ☐ Muttersprache
☐ fließend
☐ Grundkenntnisse

..... ☐ Muttersprache
☐ fließend
☐ Grundkenntnisse

..... ☐ Muttersprache
☐ fließend
☐ Grundkenntnisse

Abbildung 16: Angaben zur Ausbildungsorganisation (I)

01) In welchem Zeitrhythmus bilden Sie – wie viele Hebammenschülerinnen – aus?					
Ausbildungsort	Jedes Jahr	Alle 1,5 Jahre	Alle 2 Jahre	Alle 3 Jahre	Jedes Jahr 2x, dann 1 Jahr Pause

02) Wie viele Hebammenschülerinnen haben Sie zurzeit? 03) Wie viele Planstellen (Lehrerinnen) stehen Ihnen zur Verfügung?		
Ausbildungsort	02)Anzahl der Schülerinnen	03)Planstellen (Lehrerinnen)

04) Gibt es in Ihrem Kreißsaal, Hebammen mit einer Zusatzausbildung zur Praxisanleiterin?			
Ausbildungsort	JA → Anzahl der Hebammen	NEIN	weiß ich nicht

05) Liegen dem Kreißsaal die Ausbildungsziele der Hebammeschülerinnen in schriftlicher Form vor?		
Ausbildungsort	JA	NEIN

06)Wie viele Planstellen (Hebammen) stehen dem Kreißsaal zur Verfügung?	07)Wie viele Geburten gab es im Jahr 2007 im Kreißsaal der Ausbildungsorganisation?

08)Werden die Hebammenschülerinnen in anderen Krankenhäusern im Kreißsaal eingesetzt?	09) Wie viele Geburten gab es im Jahr 2007?

10)Ist es schwierig für die Hebammenschülerinnen die benötigte Anzahl der Dammschütze bis zum Examen zu erreichen?			11) Führen die Hebammenschülerinnen ein Nachweisheft über praktische Ausbildungsziele?		
Ausbildungsorganisation	JA	NEIN		JA	NEIN

Abbildung 17: Angaben zur Ausbildungsorganisation (II)

12) Werden die Hebammenschülerinnen im Kreißsaal von einer Hebamme nach einem praktischen Einsatz beurteilt?			Falls ja: Gibt es ein Gespräch zwischen Hebammen und Hebammenschülerinnen bezüglich dieser Beurteilung?		Gibt es ein Gespräch zwischen Schule und Schülerin bezüglich dieser Beurteilung?	
Ausbildungsorganisation	JA	NEIN	JA	NEIN	JA	NEIN

13) Haben die Schülerinnen die Möglichkeit an einer Supervision teilzunehmen?		
Ausbildungsorganisation	JA	NEIN

014) Sind die Hebammenlehrerinnen an der praktischen Ausbildung im Kreißsaal der Ausbildungsorganisation beteiligt?				
JA			NEIN	Keine Antwort
Regelmäßig jede Schülerin	regelmäßig – aber nicht jede Schülerin	Unregelmäßig – nicht jede Schülerin		

015) Sind die Hebammenlehrerinnen an der praktischen Ausbildung im Kreißsaal der Ausbildungsorganisation beteiligt?				
JA			NEIN	Keine Antwort
Regelmäßig jede Schülerin	Regelmäßig – aber nicht jede Schülerin	Unregelmäßig – nicht jede Schülerin		

016) Wenn die Hebammenschülerinnen am Ausbildungsort mit dem zweiten Wohnsitz gemeldet sind, bekommen sie dann eine monatliche finanzielle Zuwendung für eine Heimfahrt zum ersten Wohnsitz?		
JA	Höhe der Zuwendung	NEIN

017) Wie hoch war die Sectorate 2007 (prozentual) im Kreißsaal der Ausbildungsorganisation?	018) Ist dem Kreißsaal (Ausbildungsorganisation) eine Kinderklinik/ Perinatalzentrum angeschlossen?	
	JA	NEIN

Abbildung 18: Interviewleitfaden (1)

Bereich	Zusatz	Code	Frage	Antwort
<u>Person</u>			Name und Ausbildungsjahr?	offen
<u>Motivation</u>			Warum haben Sie diesen Beruf gewählt?	offen
			Haben Sie vor der Ausbildung ein Praktikum im Kreißsaal absolviert?	offen
			Wie viele Kreißsaaleinsätze haben Sie bereits absolviert? Wie viele Einsätze haben Sie im Kreißsaal Ihrer Ausbildungsorganisation absolviert?	offen
			Jetzt sind Sie im 3. Ausbildungsjahr – haben Sie sich die praktische Ausbildung im Kreißsaal so vorgestellt?	offen
<u>Kommunikation-Organisation</u>	Schule-Kreißsaal		Wie erleben Sie die Organisation und Kommunikation zwischen Schule und Kreißsaal bezogen auf den praktischen Einsatz der HebammenschülerInnen im Kreißsaal?	offen
			Gibt es klare Regelungen für die praktische Ausbildung der HebammenschülerInnen zwischen Kreißsaal und Schule wer, welches Wissen den SchülerInnen vermittelt – z. B. Leopoldschen Handgriffe?	offen
	Probleme →		Haben Sie diese Problematik mit einer Lehrerin oder einer anderen Person besprochen?	offen
			Führen Sie einen schriftlichen Nachweis für den praktischen Ausbildungsteil?	ja/nein
			Erfolgt eine Beurteilung Ihrer Leistung im Kreißsaaleinsatz durch eine Kreißsaalhebamme?	offen

Abbildung 19: Interviewleitfaden (2)

Bereich	Zusatz	Code	Frage	Antwort
	→		Wer bespricht diese Beurteilung mit Ihnen?	offen
			Wie bewerten Sie die Qualität und Nutzen dieser Besprechung?	1-10
	→		Bekommen Sie ausreichend Feedback für Ihre praktische Leistung im Kreißsaal von den Hebammen?	offen
	nein →		Würden Sie sich das wünschen? Wie geht es Ihnen damit kein/zu wenig Feedback zu bekommen?	offen
			Was wünschen Sie sich für eine optimale praktische Anleitung im Kreißsaal?	offen
			Was belastet Sie – im Bezug auf den Kreißsaaleinsatz?	offen
			Wie beurteilen Sie die Organisation / Kommunikation zwischen Schule und Kreißsaal?	1-10
Organisation			Können Sie die Ausbildungsvorgaben – z. B. Anzahl der Dammschütze – bis zum Ende der Ausbildung erreichen?	ja/nein/weiß nicht
	nein/weiß nicht →		Ist das für Sie oder Ihre Mitschülerinnen eine Belastung?	offen
			Wie häufig kommt es vor, dass Sie im Kreißsaal als „Springer“ fungieren?	eher häufig manchmal eher selten

Abbildung 20: Interviewleitfaden (3)

Bereich	Zusatz	Code	Frage	Antwort
			Wie häufig kommt es vor, dass Sie Frauen kontinuierlich betreuen können?	eher häufig manchmal eher selten
			Machen die Hebammen/Ärzte „Unterschiede“ – hinsichtlich der Akzeptanz und im Umgang - zwischen Unterkurs und Oberkurs?	offen
			Gibt es im Kreißsaal Hebammen mit einer Zusatzausbildung zur Praxisanleiterin?	ja nein weiß nicht
	ja →		Hat dies Vorteile für die SchülerInnen? Wenn ja, welche?	offen
			Glauben Sie, dass die Hebammen im Kreißsaal genügend Zeit haben, um sich den HebammenschülerInnen angemessen widmen zu können?	offen
			-Kann es sein, dass eine Schülerin während eines Kreißsaaleinsatzes auf eine andere Station abgerufen wird, weil es dort zu wenig Personal gibt? -Und, bei den Stationseinsätzen?	ja / nein
	→		Wie häufig kommt das vor – im Kreißsaal? Wie häufig kommt das vor – auf den Stationen?	eher häufig manchmal eher selten
			Wer kümmert sich im Kreißsaal um die Sauberkeit und Ordnung? Gibt es Putzfrauen oder eine Stationshilfe?	offen

Abbildung 21: Interviewleitfaden (4)

Bereich	Zusatz	Code	Frage	Antwort
Hierarchie-Kommunikation	Kreislaal-Hebammen		Wie werden Sie von den Hebammen angesprochen?	Du Sie unterschiedlich
	Sie/untersch. →		Gibt es Hebammen die Sie mit „Du“ ansprechen, obwohl Sie „per Sie“ sind?	ja /nein
	ja →		Ist Ihnen das unangenehm?	ja/nein/legal
			Gibt es regelmäßige Besprechungen im Kreislaal (z.B. Fallbesprechungen oder Teambesprechungen)?	offen
	→		Nehmen die HebammenschülerInnen an dieser/diesen Besprechungen teil?	ja / nein
	→		Werden Sie um Ihre Meinung gebeten?	offen
			Wie bekommen die HebammenschülerInnen Ihre Informationen bei der Schichtübergabe?	offen
			Können Sie im Kreislaal – frei von Angst – Fragen stellen?	ja / nein
			Haben Sie im Kreislaal diskriminierende oder erniedrigende Situationen für eine Schülerin durch eine Hebamme erlebt? (z.B. „Bloßstellen vor einer Frau“ oder: „Abwertende Beschreibung über die Arbeitsleistung von HebammenschülerInnen“)	offen

Abbildung 22: Interviewleitfaden (5)

Bereich	Zusatz	Code	Frage	Antwort
Hierarchie-Kommunikation	Ärzte		Wie werden Sie von den Ärzten angesprochen?	Du Sie unterschiedlich
			Gibt es Ärzte die Sie mit „Du“ ansprechen, obwohl Sie „per Sie“ sind?	ja / nein
	→		Ist Ihnen das unangenehm?	ja/nein/legal
			Haben Sie im Kreißsaal diskriminierende oder erniedrigende Situationen für eine Schülerin durch eine Hebamme erlebt – z. B. „Bloßstellen vor einer Frau“ oder: „Abwertende Beschreibung über die Arbeitsleistung von HebammenschülerInnen“?	offen

Abbildung 23: Interviewleitfaden (6)

Bereich	Zusatz	Code	Frage	Antwort
Stimmung	Kreisssaal		Wer entscheidet bei der Geburt, ob ein Dammschnitt gemacht wird?	offen
			Wer macht den Dammschnitt?	offen
			Wie empfinden Sie den Umgangston im Kreisssaal?	offen
			Frühstückten die Hebammen und die SchülerInnen gemeinsam?	offen
			Gibt es ein Konkurrenzdenken unter den SchülerInnen wegen der Dammschütze?	offen

Bereich	Zusatz	Code	Frage	Antwort
Stress			Im Kreisssaal müssen Sie sich schnell auf neue Situationen und Menschen einstellen - wie geht es Ihnen damit?	offen
			Erzählen Sie mir von einer Situation im Kreisssaal die Sie besonders bewegt hat?	offen
			Entspricht die Betreuung der gebärenden Frauen Ihren Vorstellungen?	offen
			Haben Sie im Kreisssaal genügend Zeit zum lernen?	offen
			Haben Sie zurzeit private Sorgen?	offen

Abbildung 24: Interviewleitfaden (7)

			Fühlen Sie sich oft müde?	offen
			Würden Sie diesen Beruf wieder wählen?	offen
Ressource			Können Sie an einer Supervision teilnehmen?	ja/nein
	ja →		Wie häufig finden die Supervision-Sitzungen statt? Wer nimmt an diesen Sitzungen teil? Wie geht es Ihnen damit?	offen
Zukunft			Wie möchten Sie nach Ihrer Ausbildung arbeiten?	offen
Interview und Fragebogen			Sie haben jetzt mit mir das Interview durchgeführt und den Fragebogen ausgefüllt. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit an dieser Stelle. Gibt es ein Belastungsmoment für HebammenschülerInnen, was im Interview oder mit dem Fragebogen nicht aufgegriffen wurde? Falls ja, welches?	offen

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Monika Greening, an Eides Statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema „Identifizierung von Belastungsfaktoren und Beanspruchung von Hebammenschülerinnen während der Berufsausbildung“ selbständig und nur mit den angegebenen Quellen und Hilfsmitteln angefertigt habe und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Darmstadt, den

Monika Greening

Anhang – Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Syntax Demographische Daten – Gesamtstichprobe T1	210
Tabelle 2: Demographische Daten - Statistik (I).....	210
Tabelle 3: Demographische Daten – Statistik (II)	210
Tabelle 4: Altersgruppen - Häufigkeiten	210
Tabelle 5: Nationalität	211
Tabelle 6: Letzter Schulabschluss	211
Tabelle 7: Studium.....	211
Tabelle 8: Studiumabschluss	211
Tabelle 9: Berufsausbildung	212
Tabelle 10: Anzahl der eigenen Kinder	212
Tabelle 11: Partnerschaft bestehend	212
Tabelle 12: Wochentags vom Partner getrennt lebend	213
Tabelle 13: Einfache Fahrtzeit zum Heimatort	213
Tabelle 14: Syntax Statistiken (BM, BL- und SOC)	213
Tabelle 15: BM/ BL T1 und T2 Statistiken.....	214
Tabelle 16: SOC T1 und T2 - Statistiken.....	214
Tabelle 17: Syntax - T-Test (BM, BL und SOC)	214
Tabelle 18: Statistik - T-Test bei gepaarten Stichproben (BM, BL und SOC)	215
Tabelle 19: Korrelationen bei gepaarten Stichproben	215
Tabelle 20: T-Test bei gepaarten Stichproben BM, BL und SOC T1/ T2	215
Tabelle 21: T-Test bei gepaarten Stichproben BM, BL und SOC - T1/ T2.....	216
Tabelle 22: Syntax Korrelationen Gesamtstichprobe	216
Tabelle 23: Korrelationen (I) Gesamtstichprobe BM, BL und SOC - T1 und T2.....	216
Tabelle 24: Korrelationen (II).....	217
Tabelle 25: Korrelationen (III).....	218
Tabelle 26: Syntax T-Test SOC (ohne Schule N).....	218
Tabelle 27: T-Test Statistik bei gepaarten Stichproben - SOC ohne Schule N	219

Tabelle 28: T-Test Korrelationen bei gepaarten Stichproben SOC ohne Schule N219	
Tabelle 29: T-Test bei gepaarten Stichproben - SOC ohne Schule N	219
Tabelle 30: T-Test bei gepaarten Stichproben - SOC ohne Schule N	219
Tabelle 31: Syntax T-Test Schulen von T1 zu T2 (BM, BL und SOC)	220
Tabelle 32: T-Test bei gepaarten Stichproben - Schulen - Statistik	220
Tabelle 33: T-Test bei gepaarten Stichproben - Schulen - Korrelationen	223
Tabelle 34: T-Test bei gepaarten Stichproben - Schulen	225
Tabelle 35: Syntax BL Mittelwertdifferenz BL-Items von T1 zu T2	229
Tabelle 36: Deskriptive Statistik - Mittelwertdifferenz der BL-Items von T1 zu T2..	230
Tabelle 37: Syntax BL Statistik Ampelsystem	231
Tabelle 38: Beschwerdeliste - Statistiken Ampelsystem.....	231
Tabelle 39: Syntax Häufigkeitsnennungen der Belastungen	232
Tabelle 40: Belastungskategorien – Statistiken I.....	232
Tabelle 41: Belastungskategorien - Statistiken II.....	232
Tabelle 42: Belastungskategorien - Statistiken III.....	232
Tabelle 43: Belastungskategorien - Statistiken IV	232
Tabelle 44: Belastungskategorien - Statistiken V	233
Tabelle 45: Privat-Verschiedenes (privver)	233
Tabelle 46: Privat-Soziale-Beziehung (privsb)	233
Tabelle 47: Privat-Eigener-Druck (prived)	233
Tabelle 48: Berufskarriere (berufsk).....	233
Tabelle 49: Organisation-Schule (orgsch).....	234
Tabelle 50: Organisation-Praxis (orgprax)	234
Tabelle 51: Dimension (zeitd)	234
Tabelle 52: Qualitative-Überforderung (qualüber)	234
Tabelle 53: Quantitative Überforderung (quanüber)	235
Tabelle 54: Soziale-Beziehung-Lehrerinnen (sblehr)	235
Tabelle 55: Soziale-Beziehung-Mitschülerinnen (sbmitsch)	235

Tabelle 56: Soziale-Beziehung-Arzt (sbarzt)	235
Tabelle 57: Soziale-Beziehung-Med.-Personal: Stimmung/ Klima (sbmpstikli)	235
Tabelle 58: Soz.-Bez.-Med.-Personal: Verhalten/ Umgang	236
Tabelle 59: Soz.-Bez.-Med.-Personal: Fehlende Anerkennung (sbmpfa)	236
Tabelle 60: Soz.-Bez.-Med.-Personal: Leistungsdruck (sbmpld)	236
Tabelle 61: Soz.-Bez.-Med.-Personal: Hierarchie	236
Tabelle 62: Soz.-Bez.-Hebammen: Angst (sbhebangst)	237
Tabelle 63: Soz.-Bez.-Hebammen: Stimmung/ Klima (sbhebstikli)	237
Tabelle 64: Soz.-Bez.-Hebammen: Verhalten/ Umgang (sbhebverum)	237
Tabelle 65: Soz.-Bez.-Hebammen: Bestimmte Hebamme (sbhebbest)	237
Tabelle 66: Soz.-Bez.-Hebammen: Kein Team (sbhebkt)	238
Tabelle 67: Soz.-Bez.-Hebammen: Ungerecht (sbhebung)	238
Tabelle 68: Soz.-Bez.-Hebammen: Fehlende Anerkennung (sbhebf)	238
Tabelle 69: Soz.-Bez.-Hebammen: Kein Team (sbhebkt)	238
Tabelle 70: Soz.-Bez.-Hebammen: Rollenambiguität (sbhebra)	239
Tabelle 71: Soz.-Bez.-Hebammen: Leistungsdruck (sbhebl)	239
Tabelle 72: Syntax Korrelationen: Belastungen und BM- und BL-Delta	239
Tabelle 73: Korrelationen BM- und BL-Delta und privaten Belastungskategorien ..	240
Tabelle 74: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung I)	241
Tabelle 75: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung II)	242
Tabelle 76: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung II)	243
Tabelle 77: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung IV)	244
Tabelle 78: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung V)	245
Tabelle 79: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung VI)	246
Tabelle 80: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung VII) ...	247
Tabelle 81: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung VIII) ..	248
Tabelle 82: Prozentuale Häufigkeitsnennungen der Belastungen pro Schule	249
Tabelle 83: Prozentuale Häufigkeitsnennungen der Belastungen pro Schule	250

Tabelle 84: Prozentuale Häufigkeitsnennungen der Belastungen pro Schule	251
Tabelle 85: Prozentuale Häufigkeitsnennungen der Belastungen pro Schule	251
Tabelle 86: Syntax Partielle Korrelation SOC.....	252
Tabelle 87: Partielle Korrelation BM- und BL-Delta und Belastungen (I)	252
Tabelle 88: Partielle Korrelationen BL- und BM-Delta und Belastungen (II)	253
Tabelle 89: Partielle Korrelationen BL- und BM-Delta und Belastungen (III)	254

Tabelle 1: Syntax Demographische Daten – Gesamtstichprobe T1

DATASET ACTIVATE DatenSet1.
 FREQUENCIES VARIABLES=AGT1 national schulabschl studiert stabschl Beruf
 Kinder Partner U.d.W.g
 Fahrzeit Muttersprache fließend Grundkenntnisse
 /ORDER=ANALYSIS.

Tabelle 2: Demographische Daten - Statistik (I)

		AGT1	Nationalität heute	Letzter Schulabschluß	Studium	Studium- abschluß
N	Gültig	222	222	222	220	36
	Fehlend	0	0	0	2	186

Tabelle 3: Demographische Daten – Statistik (II)

		Abgeschlossene Berufsausbildung	Anzahl der eigenen Kinder	Partnerschaft bestehend	Wochentags vom Partner getrennt lebend	Einfache Fahrzeit nach Hause
N	Gültig	222	222	222	222	222
	Fehlend	0	0	0	0	0

Tabelle 4: Altersgruppen - Häufigkeiten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	17-19	42	18,9	18,9	18,9
	20-22	135	60,8	60,8	79,7
	23-25	25	11,3	11,3	91,0
	26-29	12	5,4	5,4	96,4
	30-41	8	3,6	3,6	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 5: Nationalität

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	deutsch	215	96,8	96,8	96,8
	andere Nationalität	5	2,3	2,3	99,1
	zwei Nationalitäten	2	,9	,9	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 6: Letzter Schulabschluss

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Hauptschule	2	,9	,9	,9
	Realschule	22	9,9	9,9	10,8
	FH	37	16,7	16,7	27,5
	Abitur	161	72,5	72,5	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 7: Studium

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	37	16,7	16,8	16,8
	nein	183	82,4	83,2	100,0
	Gesamt	220	99,1	100,0	
Fehlend	KA	2	,9		
Gesamt		222	100,0		

Tabelle 8: Studiumabschluss

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	6	2,7	16,7	16,7
	nein	30	13,5	83,3	100,0
	Gesamt	36	16,2	100,0	
Fehlend	KA	186	83,8		

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	6	2,7	16,7	16,7
	nein	30	13,5	83,3	100,0
	Gesamt	36	16,2	100,0	
Fehlend	KA	186	83,8		
Gesamt		222	100,0		

Tabelle 9: Berufsausbildung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	36	16,2	16,2	16,2
	nein	185	83,3	83,3	99,5
	Angelernt	1	,5	,5	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 10: Anzahl der eigenen Kinder

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Kinder	212	95,5	95,5	95,5
	Ein Kind	5	2,3	2,3	97,7
	Zwei Kinder	2	,9	,9	98,6
	Vier Kinder	2	,9	,9	99,5
	Fünf Kinder	1	,5	,5	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 11: Partnerschaft bestehend

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	134	60,4	60,4	60,4
	nein	88	39,6	39,6	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 12: Wochentags vom Partner getrennt lebend

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	96	43,2	43,2	43,2
nein	36	16,2	16,2	59,5
keine Angabe	90	40,5	40,5	100,0
Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 13: Einfache Fahrtzeit zum Heimatort

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig bis 0,5 oder keine Angabe	47	21,2	21,2	21,2
0,5 bis 1h und 29 min.	37	16,7	16,7	37,8
1-2 h oder 2	34	15,3	15,3	53,2
2-3 oder 3	32	14,4	14,4	67,6
3-4 oder 4	28	12,6	12,6	80,2
4-5 oder 5	20	9,0	9,0	89,2
5-6 oder 6	13	5,9	5,9	95,0
6-7 oder 7	4	1,8	1,8	96,8
7-8 oder 8	3	1,4	1,4	98,2
8-9 oder 9	2	,9	,9	99,1
9-10 oder 10	1	,5	,5	99,5
10-11 oder 11	1	,5	,5	100,0
Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 14: Syntax Statistiken (BM, BL- und SOC)

```

FREQUENCIES VARIABLES=ErgebnisBMT1 ErgebnisBMT2
GesamtrohwertBLundBLIT1 GesamtrohwertBLundBLIT2
  SOCErgebnisT1 SOCErgebnisT2
/FORMAT=NOTABLE
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE SEMEAN MEAN MEDIAN SKEWNESS
SESKEW KURTOSIS SEKURT
/HISTOGRAM NORMAL
/ORDER=ANALYSIS.

```

Tabelle 15: BM/ BL T1 und T2 Statistiken

	BM T1-Ergebnis	BM T2-Ergebnis	T1Gesamtrohw ert = BL und BL`	T2Gesamtrohw ert = BL und BL`
N Gültig	222	222	222	222
Fehlend	0	0	0	0
Mittelwert	2,835	3,130	17,57	22,84
Standardfehler des Mittelwertes	,0419	,0449	,549	,596
Median	2,700	3,100	16,00	22,00
Standardabweichung	,6240	,6685	8,187	8,877
Varianz	,389	,447	67,025	78,794
Schiefte	,702	,276	,797	,353
Standardfehler der Schiefe	,163	,163	,163	,163
Kurtosis	,383	-,493	,571	-,189
Standardfehler der Kurtosis	,325	,325	,325	,325

Tabelle 16: SOC T1 und T2 - Statistiken

	SOC T1- Ergebnis	SOC T2- Ergebnis
N Gültig	222	222
Fehlend	0	0
Mittelwert	45,86	45,07
Standardfehler des Mittelwertes	,347	,330
Median	47,00	45,00
Standardabweichung	5,169	4,924
Varianz	26,721	24,248
Schiefte	-,689	-,544
Standardfehler der Schiefe	,163	,163
Kurtosis	1,548	,673
Standardfehler der Kurtosis	,325	,325

Tabelle 17: Syntax - T-Test (BM, BL und SOC)

T-TEST PAIRS=ErgebnisBMT2 GesamtrohwertBLundBLIIT2 SOCErgebnisT2
 WITH ErgebnisBMT1
 GesamtrohwertBLundBLIIT1 SOCErgebnisT1 (PAIRED)
 /CRITERIA=CI(.9500)
 /MISSING=ANALYSIS.

Tabelle 18: Statistik - T-Test bei gepaarten Stichproben (BM, BL und SOC)

		Mittelwert	N	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	BM T2-Ergebnis	3,130	222	,6685	,0449
	BM T1-Ergebnis	2,835	222	,6240	,0419
Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL`	22,84	222	8,877	,596
	T1Gesamtrohwert = BL und BL`	17,57	222	8,187	,549
Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	45,07	222	4,924	,330
	SOC T1-Ergebnis	45,86	222	5,169	,347

Tabelle 19: Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	222	,590	,000
Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL` & T1Gesamtrohwert = BL und BL`	222	,566	,000
Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	222	,414	,000

Tabelle 20: T-Test bei gepaarten Stichproben BM, BL und SOC T1/ T2

		Gepaarte Differenzen			
				Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz
		Mittelwert	Standard- abweichung		Untere
Paaren 1	BM T2-Ergebnis – BM T1-Ergebnis	,2950	,5867	,0394	,2174
Paaren 2	BL T2 –Ergebnis – BL T1-Ergebnis `	5,275	7,971	,535	4,221
Paaren 3	SOC T2-Ergebnis – SOC T1-Ergebnis	-,784	5,468	,367	-1,507

Tabelle 21: T-Test bei gepaarten Stichproben BM, BL und SOC - T1/ T2

		Gepaarte Differenzen	T	df	Sig. (2-seitig)
		95% Konfidenzintervall der Differenz			
		Obere			
Paaren 1	BM T2-Ergebnis – BM T1-Ergebnis	,3727	7,492	221	,000
Paaren 2	T2 BL-Ergebnis – T1 BL-Ergebnis	6,329	9,860	221	,000
Paaren 3	SOC T2-Ergebnis – SOC T1-Ergebnis	-,061	-2,136	221	,034

Tabelle 22: Syntax Korrelationen Gesamtstichprobe

```

DATASET ACTIVATE DatenSet1.
CORRELATIONS
/VARIABLES=SOCErgebnisT2 SOCErgebnisT1 GesamttrahwertBLundBLIT2
GesamttrahwertBLundBLIT1
ErgebnisBMT2 ErgebnisBMT1
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

```

Tabelle 23: Korrelationen (I) Gesamtstichprobe BM, BL und SOC - T1 und T2

Korrelationen		SOC T2- Ergebnis	SOC T1- Ergebnis
SOC T2-Ergebnis	Korrelation nach Pearson	1	,414**
	Signifikanz (2-seitig)		,000
	N	222	222
SOC T1-Ergebnis	Korrelation nach Pearson	,414**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
	N	222	222
T2Gesamttrahwert = BL und BL`	Korrelation nach Pearson	-,461**	-,307**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000

	N	222	222
T1Gesamtrohwert = BL und BL`	Korrelation nach Pearson	-,260**	-,379**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000
	N	222	222
BM T2-Ergebnis	Korrelation nach Pearson	-,645**	-,360**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000
	N	222	222
BM T1-Ergebnis	Korrelation nach Pearson	-,399**	-,623**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000
	N	222	222

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 24: Korrelationen (II)

Korrelationen		T2Gesamtrohwert = BL und BL`	T1Gesamtrohwert = BL und BL`
SOC T2-Ergebnis	Korrelation nach Pearson	-,461**	-,260**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000
	N	222	222
SOC T1-Ergebnis	Korrelation nach Pearson	-,307**	-,379**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000
	N	222	222
T2Gesamtrohwert = BL und BL`	Korrelation nach Pearson	1	,566**
	Signifikanz (2-seitig)		,000
	N	222	222
T1Gesamtrohwert = BL und BL`	Korrelation nach Pearson	,566**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
	N	222	222
BM T2-Ergebnis	Korrelation nach Pearson	,683**	,409**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000
	N	222	222
BM T1-Ergebnis	Korrelation nach Pearson	,506**	,636**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000
	N	222	222

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 25: Korrelationen (III)

Korrelationen		BM T2-Ergebnis	BM T1-Ergebnis
SOC T2-Ergebnis	Korrelation nach Pearson	-,645**	-,399**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000
	N	222	222
SOC T1-Ergebnis	Korrelation nach Pearson	-,360**	-,623**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000
	N	222	222
T2Gesamtrohwert = BL und BL`	Korrelation nach Pearson	,683**	,506**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000
	N	222	222
T1Gesamtrohwert = BL und BL`	Korrelation nach Pearson	,409**	,636**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000
	N	222	222
BM T2-Ergebnis	Korrelation nach Pearson	1	,590**
	Signifikanz (2-seitig)		,000
	N	222	222
BM T1-Ergebnis	Korrelation nach Pearson	,590**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
	N	222	222

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 26: Syntax T-Test SOC (ohne Schule N)

```

T-TEST PAIRS=SOCErgebnisT2 WITH SOCErgebnisT1 (PAIRED)
/CRITERIA=CI(.9500)
/MISSING=ANALYSIS.

```

Tabelle 27: T-Test Statistik bei gepaarten Stichproben - SOC ohne Schule N

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	SOC T2-Ergebnis	45,18	207	4,885	,340
	SOC T1-Ergebnis	45,70	207	5,147	,358

Tabelle 28: T-Test Korrelationen bei gepaarten Stichproben SOC ohne Schule N

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	207	,428	,000

Tabelle 29: T-Test bei gepaarten Stichproben - SOC ohne Schule N

		Gepaarte Differenzen			
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz
					Untere
Paaren 1	SOC T2-Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	-,517	5,368	,373	-1,252

Tabelle 30: T-Test bei gepaarten Stichproben - SOC ohne Schule N

		Gepaarte Differenzen	T	df	Sig. (2-seitig)
		95% Konfidenzintervall der Differenz			
		Obere			
Paaren 1	SOC T2-Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	,219	-1,385	206	,167

Tabelle 31: Syntax T-Test Schulen von T1 zu T2 (BM, BL und SOC)

SORT CASES BY Schule.
 SPLIT FILE LAYERED BY Schule.

T-TEST PAIRS=SOCErgebnisT2 ErgebnisBMT2 GesamtrohwertBLundBLIIT2
 WITH SOCErgebnisT1 ErgebnisBMT1
 GesamtrohwertBLundBLIIT1 (PAIRED)
 /CRITERIA=CI(.9500)
 /MISSING=ANALYSIS.

Tabelle 32: T-Test bei gepaarten Stichproben - Schulen - Statistik

Code Schule			Mittelwert	N	Standard- abweichung	Standard- fehler des Mittel- wertes
A	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	3,233	12	,6005	,1734
		BM T1-Ergebnis	2,775	12	,4883	,1410
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL`	22,83	12	9,360	2,702
		T1Gesamtrohwert = BL und BL`	13,67	12	4,207	1,214
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	44,83	12	3,298	,952
		SOC T1-Ergebnis	47,92	12	3,942	1,138
B	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	2,913	15	,4955	,1279
		BM T1-Ergebnis	2,847	15	,4824	,1245
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL`	20,67	15	7,451	1,924
		T1Gesamtrohwert = BL und BL`	16,80	15	6,327	1,634
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	46,00	15	3,798	,981
		SOC T1-Ergebnis	46,67	15	2,992	,773
D	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	3,436	14	,5198	,1389
		BM T1-Ergebnis	3,129	14	,5539	,1480
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL`	25,71	14	9,754	2,607
		T1Gesamtrohwert = BL und BL`	17,86	14	7,482	2,000
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	43,29	14	3,099	,828

		SOC T1-Ergebnis	44,43	14	3,298	,882
E	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	2,933	15	,6343	,1638
		BM T1-Ergebnis	2,873	15	,7676	,1982
	Paaren 2	T2Gesamtroh wert = BL und BL`	18,60	15	5,902	1,524
		T1Gesamtroh wert = BL und BL`	18,60	15	6,610	1,707
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	45,73	15	4,496	1,161
		SOC T1-Ergebnis	46,40	15	5,730	1,479
G	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	3,050	10	,6819	,2156
		BM T1-Ergebnis	2,770	10	,7072	,2236
	Paaren 2	T2Gesamtroh wert = BL und BL`	20,90	10	8,346	2,639
		T1Gesamtroh wert = BL und BL`	19,90	10	9,678	3,060
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	47,00	10	3,018	,955
		SOC T1-Ergebnis	48,10	10	4,557	1,441
K	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	3,257	23	,6563	,1369
		BM T1-Ergebnis	2,943	23	,5961	,1243
	Paaren 2	T2Gesamtroh wert = BL und BL`	25,26	23	8,915	1,859
		T1Gesamtroh wert = BL und BL`	20,00	23	10,540	2,198
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	46,52	23	5,853	1,220
		SOC T1-Ergebnis	45,39	23	5,052	1,053
L	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	2,593	15	,4480	,1157
		BM T1-Ergebnis	2,347	15	,3720	,0960
	Paaren 2	T2Gesamtroh wert = BL und BL`	18,20	15	7,370	1,903
		T1Gesamtroh wert = BL und BL`	12,47	15	6,632	1,712
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	48,07	15	2,939	,759
		SOC T1-Ergebnis	48,47	15	3,248	,839
M	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	3,165	23	,8489	,1770
		BM T1-Ergebnis	2,948	23	,7692	,1604
	Paaren 2	T2Gesamtroh wert = BL und BL`	24,13	23	9,612	2,004
		T1Gesamtroh wert = BL und BL`	21,04	23	8,271	1,725
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	44,83	23	5,123	1,068
		SOC T1-Ergebnis	44,61	23	5,525	1,152

N	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	3,293	15	,6595	,1703
		BM T1-Ergebnis	2,600	15	,4243	,1095
	Paaren 2	T2Gesamtroh wert = BL und BL`	18,93	15	7,905	2,041
		T1Gesamtroh wert = BL und BL`	16,73	15	5,750	1,485
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	43,60	15	5,396	1,393
		SOC T1-Ergebnis	48,07	15	5,133	1,325
O	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	3,305	20	,7258	,1623
		BM T1-Ergebnis	2,965	20	,6800	,1521
	Paaren 2	T2Gesamtroh wert = BL und BL`	28,55	20	11,551	2,583
		T1Gesamtroh wert = BL und BL`	19,30	20	10,327	2,309
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	43,90	20	6,851	1,532
		SOC T1-Ergebnis	45,35	20	5,441	1,217
P	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	3,225	16	,7389	,1847
		BM T1-Ergebnis	2,831	16	,7391	,1848
	Paaren 2	T2Gesamtroh wert = BL und BL`	22,63	16	7,004	1,751
		T1Gesamtroh wert = BL und BL`	18,06	16	7,047	1,762
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	43,69	16	6,838	1,710
		SOC T1-Ergebnis	44,38	16	6,531	1,633
S	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	3,214	14	,5628	,1504
		BM T1-Ergebnis	2,871	14	,6305	,1685
	Paaren 2	T2Gesamtroh wert = BL und BL`	20,93	14	6,220	1,662
		T1Gesamtroh wert = BL und BL`	15,14	14	7,336	1,961
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	44,29	14	3,429	,916
		SOC T1-Ergebnis	45,43	14	5,125	1,370
T	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	3,189	18	,7169	,1690
		BM T1-Ergebnis	2,811	18	,6286	,1482
	Paaren 2	T2Gesamtroh wert = BL und BL`	25,17	18	9,575	2,257
		T1Gesamtroh wert = BL und BL`	14,89	18	8,094	1,908
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	44,72	18	4,390	1,035
		SOC T1-Ergebnis	43,83	18	7,238	1,706
U	Paaren 1	BM T2-Ergebnis	2,800 ^a	12	,4880	,1409

Paaren 2	BM T1-Ergebnis	2,800 ^a	12	,4880	,1409
	T2Gesamtrohwert = BL und BL`	22,25	12	7,060	2,038
	T1Gesamtrohwert = BL und BL`	18,25	12	9,067	2,617
Paaren 3	SOC T2-Ergebnis	44,83	12	4,529	1,308
	SOC T1-Ergebnis	45,50	12	3,802	1,098

a. Korrelation und T können nicht berechnet werden, da der Standardfehler der Differenz gleich 0 ist.

Tabelle 33: T-Test bei gepaarten Stichproben - Schulen - Korrelationen

Code Schule			N	Korrelation	Signifikanz
A	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	12	,326	,302
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL` & T1Gesamtrohwert = BL und BL`	12	,379	,224
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	12	-,218	,496
B	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	15	,562	,029
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL` & T1Gesamtrohwert = BL und BL`	15	,689	,004
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	15	,729	,002
D	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	14	,365	,200
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL` & T1Gesamtrohwert = BL und BL`	14	,559	,038
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	14	-,178	,542
E	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	15	,812	,000
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL` & T1Gesamtrohwert = BL und BL`	15	,770	,001
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	15	,734	,002

G	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	10	,748	,013
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL` & T1Gesamtrohwert = BL und BL`	10	,602	,065
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	10	-,048	,894
K	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	23	,716	,000
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL` & T1Gesamtrohwert = BL und BL`	23	,657	,001
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	23	,460	,027
L	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	15	,101	,721
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL` & T1Gesamtrohwert = BL und BL`	15	,837	,000
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	15	,453	,090
M	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	23	,536	,008
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL` & T1Gesamtrohwert = BL und BL`	23	,366	,086
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	23	,600	,002
N	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	15	,069	,807
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL` & T1Gesamtrohwert = BL und BL`	15	,399	,141
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	15	,416	,123
O	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	20	,708	,000
	Paaren 2	T2Gesamtrohwert = BL und BL` & T1Gesamtrohwert = BL und BL`	20	,756	,000
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	20	,701	,001

P	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	16	,656	,006
	Paaren 2	T2Gesamtrohwer = BL und BL` & T1Gesamtrohwer = BL und BL`	16	,535	,033
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	16	,088	,746
S	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	14	,240	,409
	Paaren 2	T2Gesamtrohwer = BL und BL` & T1Gesamtrohwer = BL und BL`	14	,194	,506
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	14	-,498	,070
T	Paaren 1	BM T2-Ergebnis & BM T1-Ergebnis	18	,748	,000
	Paaren 2	T2Gesamtrohwer = BL und BL` & T1Gesamtrohwer = BL und BL`	18	,662	,003
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	18	,617	,006
U	Paaren 2	T2Gesamtrohwer = BL und BL` & T1Gesamtrohwer = BL und BL`	12	,638	,026
	Paaren 3	SOC T2-Ergebnis & SOC T1-Ergebnis	12	,665	,018

Tabelle 34: T-Test bei gepaarten Stichproben - Schulen

Code Schule			Gepaarte Differenzen				T	df	Sig. (2-seitig)	
			Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
						Untere				Obere
A	Paare n 1	BM T2-Ergebnis - BM T1-Ergebnis	,4583	,6388	,1844	,0524	,8642	2,485	11	,030

	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	9,167	8,685	2,507	3,649	14,685	3,656	11	,004
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	- 3,083	5,664	1,635	-6,682	,516	-1,886	11	,086
B	Paaren 1	BM T2-Ergebnis - BM T1- Ergebnis	,0667	,4577	,1182	-,1868	,3202	,564	14	,582
	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	3,867	5,527	1,427	,806	6,928	2,709	14	,017
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	-,667	2,610	,674	-2,112	,778	-,989	14	,339
D	Paaren 1	BM T2-Ergebnis - BM T1- Ergebnis	,3071	,6057	,1619	-,0426	,6569	1,897	13	,080
	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	7,857	8,338	2,228	3,043	12,671	3,526	13	,004
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	- 1,143	4,912	1,313	-3,979	1,693	-,870	13	,400
E	Paaren 1	BM T2-Ergebnis - BM T1- Ergebnis	,0600	,4485	,1158	-,1884	,3084	,518	14	,612
	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	,000	4,293	1,108	-2,377	2,377	,000	14	1,000
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	-,667	3,904	1,008	-2,828	1,495	-,661	14	,519
G	Paaren 1	BM T2-Ergebnis - BM T1- Ergebnis	,2800	,4940	,1562	-,0734	,6334	1,793	9	,107

	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	1,000	8,124	2,569	-4,812	6,812	,389	9	,706
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	- 1,100	5,587	1,767	-5,096	2,896	-,623	9	,549
K	Paaren 1	BM T2-Ergebnis - BM T1- Ergebnis	,3130	,4751	,0991	,1076	,5185	3,160	22	,005
	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	5,261	8,187	1,707	1,721	8,801	3,082	22	,005
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	1,130	5,707	1,190	-1,338	3,598	,950	22	,352
L	Paaren 1	BM T2-Ergebnis - BM T1- Ergebnis	,2467	,5527	,1427	-,0594	,5528	1,728	14	,106
	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	5,733	4,061	1,049	3,484	7,982	5,467	14	,000
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	-,400	3,247	,838	-2,198	1,398	-,477	14	,641
M	Paaren 1	BM T2-Ergebnis - BM T1- Ergebnis	,2174	,7826	,1632	-,1210	,5558	1,332	22	,196
	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	3,087	10,131	2,112	-1,294	7,468	1,461	22	,158
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	,217	4,776	,996	-1,848	2,283	,218	22	,829
N	Paaren 1	BM T2-Ergebnis - BM T1- Ergebnis	,6933	,7592	,1960	,2729	1,1138	3,537	14	,003

	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	2,200	7,702	1,989	-2,065	6,465	1,106	14	,287
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	- 4,467	5,693	1,470	-7,619	-1,314	-3,039	14	,009
	O Paaren 1	BM T2-Ergebnis - BM T1- Ergebnis	,3400	,5384	,1204	,0880	,5920	2,824	19	,011
	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	9,250	7,725	1,727	5,635	12,865	5,355	19	,000
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	- 1,450	4,925	1,101	-3,755	,855	-1,317	19	,204
	P Paaren 1	BM T2-Ergebnis - BM T1- Ergebnis	,3937	,6126	,1532	,0673	,7202	2,571	15	,021
	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	4,563	6,772	1,693	,954	8,171	2,695	15	,017
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	-,688	9,031	2,258	-5,500	4,125	-,305	15	,765
	S Paaren 1	BM T2-Ergebnis - BM T1- Ergebnis	,3429	,7377	,1972	-,0831	,7688	1,739	13	,106
	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	5,786	8,649	2,311	,792	10,779	2,503	13	,026
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	- 1,143	7,451	1,991	-5,445	3,159	-,574	13	,576
	T Paaren 1	BM T2-Ergebnis - BM T1- Ergebnis	,3778	,4845	,1142	,1368	,6187	3,308	17	,004

	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	10,27 8	7,387	1,741	6,604	13,951	5,903	17	,000
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	,889	5,697	1,343	-1,944	3,722	,662	17	,517
U	Paaren 2	T2Gesamtrohwe rt = BL und BL` - T1Gesamtrohwe rt = BL und BL`	4,000	7,097	2,049	-,509	8,509	1,953	11	,077
	Paaren 3	SOC T2- Ergebnis - SOC T1-Ergebnis	-,667	3,473	1,003	-2,873	1,540	-,665	11	,520

Tabelle 35: Syntax BL Mittelwertdifferenz BL-Items von T1 zu T2

```

DATASET ACTIVATE DatenSet1.
DESCRIPTIVES VARIABLES=KloßBL_diff KurzatmigBL_diff SchwächeBL_diff
SchluckbBL_diff SticheBL_diff
    DruckBL_diff MattBL_diff ÜbelBL_diff SodbBL_diff ReizbarBL_diff
GrübeleibBL_diff SchwitzenBL_diff
    KreuzBL_diff UnruheBL_diff SchBeineBL_diff UnrBeineBL_diff WärmeBL_diff
KälteBL_diff
    SchlafbedBL_diff SchlaflosBL_diff SchwindelBL_diff ZitternBL_diff
NackenBL_diff GewichtBL_diff
    KopfBLII_diff MüdigkBLII_diff GleichBLII_diff AtemnotBLII_diff ErstickBLII_diff
WeinenBLII_diff
    AppetitBLII_diff SchluckBLII_diff HerzBLII_diff ErschöpftBLII_diff AngstBLII_diff
LeibBLII_diff
    VerstopftBLII_diff EnergieBLII_diff GelenkBLII_diff KonzBLII_diff FüßeBLII_diff
MangelGvBLII_diff
    ErrötenBLII_diff FrierenBLII_diff HitzeBLII_diff TrübeGBLII_diff
GespanntBLII_diff TaubBLII_diff
/STATISTICS=MEAN.

```

Tabelle 36: Deskriptive Statistik - Mittelwertdifferenz der BL-Items von T1 zu T2

	N	Mittelwert
NackenBL_diff	222	,5676
DruckBL_diff	222	,4775
SchBeineBL_diff	222	,4730
KreuzBL_diff	222	,4459
SchlafbedBL_diff	222	,3739
HerzBLII_diff	222	,3378
FüßeBLII_diff	222	,3378
KonzBLII_diff	222	,3333
KopfBLII_diff	222	,3063
ReizbarBL_diff	222	,3063
KälteBL_diff	222	,3018
MüdigkBLII_diff	222	,2973
SchlaflosBL_diff	222	,2973
TrübeGBLII_diff	222	,2793
UnruheBL_diff	222	,2703
SchwächeBL_diff	222	,2703
ÜbelBL_diff	222	,2658
KurzatmigBL_diff	222	,2613
SticheBL_diff	222	,2613
ErschöpftBLII_diff	222	,2523
WeinenBLII_diff	222	,2523
MangelGvBLII_diff	222	,2477
MattBL_diff	222	,2432
FrierenBLII_diff	222	,2387
EnergieBLII_diff	222	,2342
UnrBeineBL_diff	222	,2207
GelenkBLII_diff	222	,2207
LeibBLII_diff	222	,2162
TaubBLII_diff	222	,2072
GleichBLII_diff	222	,1892
GespanntBLII_diff	222	,1847
ErrötenBLII_diff	222	,1577
SchwindelBL_diff	222	,1577
GrübeleibL_diff	222	,1441
VerstopftBLII_diff	222	,1351
AngstBLII_diff	222	,1261
KloßBL_diff	222	,1171
AppetitBLII_diff	222	,1126
WärmeBL_diff	222	,1036
SodbL_diff	222	,0991

ZitternBL_diff		222	,0991
SchwitzenBL_diff		222	,0721
SchluckbBL_diff		222	,0586
SchluckBLII_diff		222	,0450
ErstickBLII_diff		222	,0270
AtemnotBLII_diff		222	,0270
HitzeBLII_diff		222	,0225
GewichtBL_diff		222	,0135
Gültige Werte		222	
(Listenweise)			

Tabelle 37: Syntax BL Statistik Ampelsystem

```

DATASET ACTIVATE DatenSet1.
FREQUENCIES VARIABLES=BLT1_23 BLT1_24_29 BLT1_30 BLT2_23
BLT2_24_29 BLT2_30
/STATISTICS=STDDEV RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN SKEWNESS
SESKEW KURTOSIS SEKURT
/HISTOGRAM
/ORDER=ANALYSIS.

```

Tabelle 38: Beschwerdeliste - Statistiken Ampelsystem

BL und BL'		T1 ≤ 23	T1 = 24 - 29	T1 ≥ 30	T2 ≤ 23	T2 = 24 - 29	T2 ≥ 30
N	Gültig	222	222	222	222	222	222
	Fehlend	0	0	0	0	0	0
Standardfehler des Mittelwertes		,02769	,02233	,02126	,03340	,02682	,02886
Standardabweichung		,41259	,33274	,31683	,49768	,39954	,43001
Schiefe		-1,388	2,268	2,468	-,237	1,524	1,205
Standardfehler der Schiefe		,163	,163	,163	,163	,163	,163
Kurtosis		-,074	3,171	4,126	-1,961	,327	-,553
Standardfehler der Kurtosis		,325	,325	,325	,325	,325	,325

Beschwerdeliste (M=14,26; SD=10,33)

Tabelle 39: Syntax Häufigkeitsnennungen der Belastungen

DATASET ACTIVATE DatenSet1.

FREQUENCIES VARIABLES=privver privsb prived berufsk orgsch orgprax zeitd
aqualüber aquanüber sblehr

sbmitsch sbarzt sbmpstikli sbmpverum sbmpfa sbmpld sbmphi sbhebangst
sbhebstikli sbhebverum

sbhebbest sbhebak sbhebung sbhebf a sbhebk t sbhebra sbhebl d

/ORDER=ANALYSIS.

Tabelle 40: Belastungskategorien – Statistiken I**Tabelle 20: Statistiken der Belastungskategorien**

		privver	privsb	prived	berufsk	orgsch	orgprax	zeitd
N	Gültig	222	222	222	222	222	222	222
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0

Tabelle 41: Belastungskategorien - Statistiken II

		aqualüber	aquanüber	sblehr	sbmitsch	sbarzt	sbmpstikli
N	Gültig	222	222	222	222	222	222
	Fehlend	0	0	0	0	0	0

Tabelle 42: Belastungskategorien - Statistiken III

		sbmpverum	sbmpfa	sbmpld	sbmphi	sbhebangst	sbhebstikli
N	Gültig	222	222	222	222	222	222
	Fehlend	0	0	0	0	0	0

Tabelle 43: Belastungskategorien - Statistiken IV

		sbhebverum	sbhebbest	sbhebak	sbhebung	sbhebf a	sbhebk t
N	Gültig	222	222	222	222	222	222
	Fehlend	0	0	0	0	0	0

Tabelle 44: Belastungskategorien - Statistiken V

		sbhebra	sbhebld
N	Gültig	222	222
	Fehlend	0	0

Tabelle 45: Privat-Verschiedenes (privver)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	144	64,9	64,9	64,9
	ja	78	35,1	35,1	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 46: Privat-Soziale-Beziehung (privsb)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	120	54,1	54,1	54,1
	ja	102	45,9	45,9	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 47: Privat-Eigener-Druck (prived)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	185	83,3	83,3	83,3
	ja	37	16,7	16,7	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 48: Berufskarriere (berufsk)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	174	78,4	78,4	78,4
	ja	48	21,6	21,6	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 49: Organisation-Schule (orgsch)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	177	79,7	79,7	79,7
	ja	45	20,3	20,3	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 50: Organisation-Praxis (orgprax)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	169	76,1	76,1	76,1
	ja	53	23,9	23,9	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 51: Dimension (zeitd)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	161	72,5	72,5	72,5
	ja	61	27,5	27,5	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 52: Qualitative-Überforderung (qualüber)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	193	86,9	86,9	86,9
	ja	29	13,1	13,1	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 53: Quantitative Überforderung (quanüber)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	206	92,8	92,8	92,8
	ja	16	7,2	7,2	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 54: Soziale-Beziehung-Lehrerinnen (sblehr)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	211	95,0	95,0	95,0
	ja	11	5,0	5,0	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 55: Soziale-Beziehung-Mitschülerinnen (sbmitsch)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	207	93,2	93,2	93,2
	ja	15	6,8	6,8	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 56: Soziale-Beziehung-Arzt (sbarzt)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	209	94,1	94,1	94,1
	ja	13	5,9	5,9	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 57: Soziale-Beziehung-Med.-Personal: Stimmung/ Klima (sbmpstikli)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	215	96,8	96,8	96,8
	ja	7	3,2	3,2	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 58: Soz.-Bez.-Med.-Personal: Verhalten/ Umgang

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	209	94,1	94,1	94,1
	ja	13	5,9	5,9	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 59: Soz.-Bez.-Med.-Personal: Fehlende Anerkennung (sbmpfa)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	212	95,5	95,5	95,5
	ja	10	4,5	4,5	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 60: Soz.-Bez.-Med.-Personal: Leistungsdruck (sbmpld)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	213	95,9	95,9	95,9
	ja	9	4,1	4,1	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 61: Soz.-Bez.-Med.-Personal: Hierarchie

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	185	83,3	83,3	83,3
	ja	37	16,7	16,7	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 62: Soz.-Bez.-Hebammen: Angst (sbhebangst)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	195	87,8	87,8	87,8
	ja	27	12,2	12,2	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 63: Soz.-Bez.-Hebammen: Stimmung/ Klima (sbhebstikli)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	193	86,9	86,9	86,9
	ja	29	13,1	13,1	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 64: Soz.-Bez.-Hebammen: Verhalten/ Umgang (sbhebverum)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	181	81,5	81,5	81,5
	ja	41	18,5	18,5	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 65: Soz.-Bez.-Hebammen: Bestimmte Hebamme (sbhebbest)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	211	95,0	95,0	95,0
	ja	11	5,0	5,0	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 66: Soz.-Bez.-Hebammen: Kein Team (sbhebkt)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	201	90,5	90,5	90,5
	ja	21	9,5	9,5	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 67: Soz.-Bez.-Hebammen: Ungerecht (sbhebung)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	190	85,6	85,6	85,6
	ja	32	14,4	14,4	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 68: Soz.-Bez.-Hebammen: Fehlende Anerkennung (sbhebfa)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	209	94,1	94,1	94,1
	ja	13	5,9	5,9	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 69: Soz.-Bez.-Hebammen: Kein Team (sbhebkt)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	216	97,3	97,3	97,3
	ja	6	2,7	2,7	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 70: Soz.-Bez.-Hebammen: Rollenambiguität (sbhebra)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	195	87,8	87,8	87,8
ja	27	12,2	12,2	100,0
Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 71: Soz.-Bez.-Hebammen: Leistungsdruck (sbhebld)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	208	93,7	93,7	93,7
ja	14	6,3	6,3	100,0
Gesamt	222	100,0	100,0	

Tabelle 72: Syntax Korrelationen: Belastungen und BM- und BL-Delta

CORRELATIONS

```
/VARIABLES=BM_delta BL_delta privver privsb prived
```

```
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
```

```
/MISSING=PAIRWISE.
```

CORRELATIONS

```
/VARIABLES=BM_delta BL_delta berufsk orgsch orgprax zeitd aqualüber  
aquanüber
```

```
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
```

```
/MISSING=PAIRWISE.
```

CORRELATIONS

```
/VARIABLES=BM_delta BL_delta sblehr sbmitsch sbarzt
```

```
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
```

```
/MISSING=PAIRWISE.
```

CORRELATIONS

```
/VARIABLES=BM_delta BL_delta sbmpstikli sbmpverum sbmpfa sbmpld sbmph
```

```
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
```

```
/MISSING=PAIRWISE.
```

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=BM_delta BL_delta sbhebangst sbhebstikli sbhebverum sbhebbest
sbhebak sbhebung sbhebf a
sbhebk t sbhebra sbhebl d
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

```

Tabelle 73: Korrelationen BM- und BL-Delta und privaten Belastungskategorien

		BM_delta	BL_delta	privver	privsb	prived
BM_delta	Korrelation nach Pearson	1	,484**	,079	,037	,117
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,243	,582	,081
	N	222	222	222	222	222
BL_delta	Korrelation nach Pearson	,484**	1	,121	,015	,208**
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,073	,827	,002
	N	222	222	222	222	222
privver	Korrelation nach Pearson	,079	,121	1	,211**	,051
	Signifikanz (2-seitig)	,243	,073		,002	,453
	N	222	222	222	222	222
privsb	Korrelation nach Pearson	,037	,015	,211**	1	,073
	Signifikanz (2-seitig)	,582	,827	,002		,280
	N	222	222	222	222	222
prived	Korrelation nach Pearson	,117	,208**	,051	,073	1
	Signifikanz (2-seitig)	,081	,002	,453	,280	
	N	222	222	222	222	222

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 74: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung I)

		BM_delta	BL_delta	berufsk	orgsch	orgprax
BM_delta	Korrelation nach Pearson	1	,484**	-,080	,027	,218**
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,237	,687	,001
	N	222	222	222	222	222
BL_delta	Korrelation nach Pearson	,484**	1	-,136*	-,009	,110
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,042	,894	,104
	N	222	222	222	222	222
berufsk	Korrelation nach Pearson	-,080	-,136*	1	,089	-,012
	Signifikanz (2-seitig)	,237	,042		,186	,861
	N	222	222	222	222	222
orgsch	Korrelation nach Pearson	,027	-,009	,089	1	,138*
	Signifikanz (2-seitig)	,687	,894	,186		,040
	N	222	222	222	222	222
orgprax	Korrelation nach Pearson	,218**	,110	-,012	,138*	1
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,104	,861	,040	
	N	222	222	222	222	222
zeitd	Korrelation nach Pearson	,186**	,125	-,029	,091	,010
	Signifikanz (2-seitig)	,005	,064	,666	,176	,878
	N	222	222	222	222	222
aqualüber	Korrelation nach Pearson	,019	-,010	-,009	,037	,034
	Signifikanz (2-seitig)	,775	,882	,897	,580	,617
	N	222	222	222	222	222
aquanüber	Korrelation nach Pearson	-,039	-,021	,065	-,054	,048
	Signifikanz (2-seitig)	,560	,760	,334	,424	,475
	N	222	222	222	222	222

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 75: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung II)

		zeitd	aqualüber	aquanüber
BM_delta	Korrelation nach Pearson	,186**	,019	-,039
	Signifikanz (2-seitig)	,005	,775	,560
	N	222	222	222
BL_delta	Korrelation nach Pearson	,125	-,010	-,021
	Signifikanz (2-seitig)	,064	,882	,760
	N	222	222	222
berufsk	Korrelation nach Pearson	-,029	-,009	,065
	Signifikanz (2-seitig)	,666	,897	,334
	N	222	222	222
orgsch	Korrelation nach Pearson	,091	,037	-,054
	Signifikanz (2-seitig)	,176	,580	,424
	N	222	222	222
orgprax	Korrelation nach Pearson	,010	,034	,048
	Signifikanz (2-seitig)	,878	,617	,475
	N	222	222	222
zeitd	Korrelation nach Pearson	1	-,059	,024
	Signifikanz (2-seitig)		,382	,727
	N	222	222	222
aqualüber	Korrelation nach Pearson	-,059	1	-,005
	Signifikanz (2-seitig)	,382		,945
	N	222	222	222
aquanüber	Korrelation nach Pearson	,024	-,005	1
	Signifikanz (2-seitig)	,727	,945	
	N	222	222	222

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 76: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung II)

		BM_delta	BL_delta	sblehr	sbmitsch	sbarzt
BM_delta	Korrelation nach Pearson	1	,484**	-,087	,064	,064
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,198	,346	,340
	N	222	222	222	222	222
BL_delta	Korrelation nach Pearson	,484**	1	-,037	,054	,112
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,588	,424	,096
	N	222	222	222	222	222
sblehr	Korrelation nach Pearson	-,087	-,037	1	,187**	-,057
	Signifikanz (2-seitig)	,198	,588		,005	,398
	N	222	222	222	222	222
sbmitsch	Korrelation nach Pearson	,064	,054	,187**	1	-,067
	Signifikanz (2-seitig)	,346	,424	,005		,319
	N	222	222	222	222	222
sbarzt	Korrelation nach Pearson	,064	,112	-,057	-,067	1
	Signifikanz (2-seitig)	,340	,096	,398	,319	
	N	222	222	222	222	222

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 77: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung IV)

		BM_delta	BL_delta	sbmpstikli	sbmpverum
BM_delta	Korrelation nach Pearson	1	,484**	-,007	,058
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,914	,391
	N	222	222	222	222
BL_delta	Korrelation nach Pearson	,484**	1	-,039	-,139*
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,567	,039
	N	222	222	222	222
sbmpstikli	Korrelation nach Pearson	-,007	-,039	1	,065
	Signifikanz (2-seitig)	,914	,567		,337
	N	222	222	222	222
sbmpverum	Korrelation nach Pearson	,058	-,139*	,065	1
	Signifikanz (2-seitig)	,391	,039	,337	
	N	222	222	222	222
sbmpfa	Korrelation nach Pearson	,006	-,076	,085	,131
	Signifikanz (2-seitig)	,934	,261	,207	,052
	N	222	222	222	222
sbmpld	Korrelation nach Pearson	-,041	,082	-,037	,046
	Signifikanz (2-seitig)	,542	,224	,583	,495
	N	222	222	222	222
sbmphi	Korrelation nach Pearson	,014	-,041	-,012	-,009
	Signifikanz (2-seitig)	,834	,541	,864	,899
	N	222	222	222	222

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 78: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung V)

		sbmpfa	sbmpld	sbmphi
BM_delta	Korrelation nach Pearson	,006	-,041	,014
	Signifikanz (2-seitig)	,934	,542	,834
	N	222	222	222
BL_delta	Korrelation nach Pearson	-,076	,082	-,041
	Signifikanz (2-seitig)	,261	,224	,541
	N	222	222	222
sbmpstikli	Korrelation nach Pearson	,085	-,037	-,012
	Signifikanz (2-seitig)	,207	,583	,864
	N	222	222	222
sbmpverum	Korrelation nach Pearson	,131	,046	-,009
	Signifikanz (2-seitig)	,052	,495	,899
	N	222	222	222
sbmpfa	Korrelation nach Pearson	1	-,045	,078
	Signifikanz (2-seitig)		,508	,249
	N	222	222	222
sbmpld	Korrelation nach Pearson	-,045	1	,031
	Signifikanz (2-seitig)	,508		,650
	N	222	222	222
sbmphi	Korrelation nach Pearson	,078	,031	1
	Signifikanz (2-seitig)	,249	,650	
	N	222	222	222

Tabelle 79: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung VI)

		BM_delta	BL_delta	sbhebangst	sbhebstikli
BM_delta	Korrelation nach Pearson	1	,484**	,071	-,008
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,289	,904
	N	222	222	222	222
BL_delta	Korrelation nach Pearson	,484**	1	,065	,027
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,334	,690
	N	222	222	222	222
sbhebangst	Korrelation nach Pearson	,071	,065	1	,101
	Signifikanz (2-seitig)	,289	,334		,133
	N	222	222	222	222
sbhebstikli	Korrelation nach Pearson	-,008	,027	,101	1
	Signifikanz (2-seitig)	,904	,690	,133	
	N	222	222	222	222
sbhebverum	Korrelation nach Pearson	-,119	,038	,000	,091
	Signifikanz (2-seitig)	,077	,578	,994	,176
	N	222	222	222	222
sbhebbest	Korrelation nach Pearson	,122	,136*	-,021	-,089
	Signifikanz (2-seitig)	,069	,043	,751	,189
	N	222	222	222	222
sbhebak	Korrelation nach Pearson	,034	,057	-,026	,012
	Signifikanz (2-seitig)	,611	,402	,699	,862
	N	222	222	222	222
sbhebung	Korrelation nach Pearson	-,124	-,106	,043	-,045
	Signifikanz (2-seitig)	,066	,115	,519	,506
	N	222	222	222	222
sbhebfa	Korrelation nach Pearson	,136*	,032	,025	-,097
	Signifikanz (2-seitig)	,042	,631	,716	,151
	N	222	222	222	222
sbhebkf	Korrelation nach Pearson	-,022	,085	,023	,100
	Signifikanz (2-seitig)	,741	,207	,734	,136
	N	222	222	222	222
sbhebra	Korrelation nach Pearson	-,032	,006	,030	,060
	Signifikanz (2-seitig)	,634	,927	,654	,372
	N	222	222	222	222
sbheblid	Korrelation nach Pearson	-,096	-,044	,074	,009
	Signifikanz (2-seitig)	,154	,515	,275	,889
	N	222	222	222	222

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 80: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung VII)

		sbhebverum	sbhebbest	sbhebak	sbhebung
BM_delta	Korrelation nach Pearson	-,119	,122	,034	-,124
	Signifikanz (2-seitig)	,077	,069	,611	,066
	N	222	222	222	222
BL_delta	Korrelation nach Pearson	,038	,136*	,057	-,106
	Signifikanz (2-seitig)	,578	,043	,402	,115
	N	222	222	222	222
sbhebangst	Korrelation nach Pearson	,000	-,021	-,026	,043
	Signifikanz (2-seitig)	,994	,751	,699	,519
	N	222	222	222	222
sbhebstikli	Korrelation nach Pearson	,091	-,089	,012	-,045
	Signifikanz (2-seitig)	,176	,189	,862	,506
	N	222	222	222	222
sbhebverum	Korrelation nach Pearson	1	-,109	,044	,102
	Signifikanz (2-seitig)		,106	,510	,129
	N	222	222	222	222
sbhebbest	Korrelation nach Pearson	-,109	1	-,074	-,094
	Signifikanz (2-seitig)	,106		,274	,164
	N	222	222	222	222
sbhebak	Korrelation nach Pearson	,044	-,074	1	,043
	Signifikanz (2-seitig)	,510	,274		,527
	N	222	222	222	222
sbhebung	Korrelation nach Pearson	,102	-,094	,043	1
	Signifikanz (2-seitig)	,129	,164	,527	
	N	222	222	222	222
sbhebfa	Korrelation nach Pearson	-,020	,031	,182**	,062
	Signifikanz (2-seitig)	,769	,641	,007	,362
	N	222	222	222	222
sbhebkkt	Korrelation nach Pearson	-,008	-,038	,136*	,011
	Signifikanz (2-seitig)	,909	,573	,043	,874
	N	222	222	222	222
sbhebra	Korrelation nach Pearson	-,035	-,021	,021	-,035
	Signifikanz (2-seitig)	,604	,751	,756	,604
	N	222	222	222	222

sbhebl	Korrelation nach Pearson	-,028	-,059	-,084	-,001
	Signifikanz (2-seitig)	,679	,380	,213	,989
	N	222	222	222	222

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 81: Korrelationen BM- und BL-Delta und Belastungen (Ausbildung VIII)

		sbhebf	sbhebt	sbhebr	sbhebl
BM_delta	Korrelation nach Pearson	,136*	-,022	-,032	-,096
	Signifikanz (2-seitig)	,042	,741	,634	,154
	N	222	222	222	222
BL_delta	Korrelation nach Pearson	,032	,085	,006	-,044
	Signifikanz (2-seitig)	,631	,207	,927	,515
	N	222	222	222	222
sbhebangst	Korrelation nach Pearson	,025	,023	,030	,074
	Signifikanz (2-seitig)	,716	,734	,654	,275
	N	222	222	222	222
sbhebstikli	Korrelation nach Pearson	-,097	,100	,060	,009
	Signifikanz (2-seitig)	,151	,136	,372	,889
	N	222	222	222	222
sbhehverum	Korrelation nach Pearson	-,020	-,008	-,035	-,028
	Signifikanz (2-seitig)	,769	,909	,604	,679
	N	222	222	222	222
sbhebbest	Korrelation nach Pearson	,031	-,038	-,021	-,059
	Signifikanz (2-seitig)	,641	,573	,751	,380
	N	222	222	222	222
sbhebak	Korrelation nach Pearson	,182**	,136*	,021	-,084
	Signifikanz (2-seitig)	,007	,043	,756	,213
	N	222	222	222	222
sbhebung	Korrelation nach Pearson	,062	,011	-,035	-,001
	Signifikanz (2-seitig)	,362	,874	,604	,989
	N	222	222	222	222
sbhebf	Korrelation nach Pearson	1	,077	,083	-,065
	Signifikanz (2-seitig)		,255	,216	,337
	N	222	222	222	222
sbhebt	Korrelation nach Pearson	,077	1	,108	,071
	Signifikanz (2-seitig)	,255		,109	,292
	N	222	222	222	222

sbhebra	Korrelation nach Pearson	,083	,108	1	-,040
	Signifikanz (2-seitig)	,216	,109		,555
	N	222	222	222	222
sbheblld	Korrelation nach Pearson	-,065	,071	-,040	1
	Signifikanz (2-seitig)	,337	,292	,555	
	N	222	222	222	222

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 82: Prozentuale Häufigkeitsnennungen der Belastungen pro Schule

	n	Berufskarriere %	Organisation Schule %	Organisation Praxis %	Zeitliche Dimension %
A	12	33,3	25,0	50,0	8,3
B	15	40	20,0	26,7	13,3
D	14	21,4	14,3	28,6	35,7
K	23	13	69,6	13,3	39,1
L	15	33,3	6,7	6,7	46,7
N	15	20	46,7	60,0	46,7
O	20	30	10,0	20,0	25,0
P	16	6,3	6,3	12,5	50,0
T	18	5,6	11,1	16,7	27,8
Alle Schulen	222	21,6	20,3	23,9	27,5
MW= E, G, M und U	74	21,6	10,8	23	16,2
MW= A, B, D, K, L, N, O, P und T	148	21,6	25	24,3	33,1

Tabelle 83: Prozentuale Häufigkeitsnennungen der Belastungen pro Schule

	n	Qualitative Überforderung %	Quantitative Überforderung %	Soz. Beziehung Lehrer %	Soz. Beziehung Mitschüler %	Soz. Beziehung Arzt %
A	12	50,0	16,7	18,3	0	8,3
B	15	13,3	6,7	0	0	0
D	14	7,1	14,3	0	21,4	0
K	23	13,0	0	0	8,7	0
L	15	6,7	6,7	0	0	6,7
N	15	6,7	13,3	6,7	0	0
O	20	10,0	0	20,0	30,0	0
P	16	6,3	12,5	0	0	12,5
T	18	5,6	0	11,1	0	5,6
Alle Schulen	222	13,1	7,2	5,0	6,8	5,9
MW= E, G, M und U	74	14,9	8,1	4,1	5,4	10,8
MW= A, B, D, K, L, N, O, P und T	148	12,2	6,8	5,4	7,4	3,4

Tabelle 84: Prozentuale Häufigkeitsnennungen der Belastungen pro Schule

Medizinisches Personal						
	n	Stimmung/ Klima %	Verhalten/ Umgang %	Fehlende Anerkennung %	Leistungsdruck %	Hierarchie %
A	12	0	8,3	0	0	16,7
B	15	13,3	0	0	0	6,7
D	14	0	0	0	0	21,4
K	23	0	4,3	0	8,7	17,4
L	15	0	0	6,7	0	6,7
N	15	6,7	13,3	0	0	20,0
O	20	0	5,0	5,0	10,0	20,0
P	16	0	0	0	0	6,3
T	18	0	0	0	5,6	33,3
Gesamt- stichprobe	222	3,2	5,9	4,5	4,1	16,7
MW= E, G, M, S und U	74	5,4	10,8	10,8	5,4	16,2
MW= A, B, D, K, L, N, O, P und T	148	2	3,4	1,4	3,4	16,9

Tabelle 84: Prozentuale Häufigkeitsnennungen der Belastungen pro Schule

Hebammen/ Kreißsaal						
	n	Angst	Stimmung/ Klima	Verhalten/ Umgang	Bestimmte Hebamme	Kommunikation
A	12	25,0	25,0	41,7	0	16,7
B	15	0	0	13,3	13,3	6,7
D	14	14,3	21,4	14,3	0	21,4
K	23	21,7	30,4	13	4,3	4,3
L	15	13,3	0	6,7	13,3	13,3
N	15	0	26,7	26,7	0	0
O	20	15,0	0	20,0	0	0
P	16	12,5	12,5	43,8	0	25
T	18	16,7	5,6	11,1	33,3	11,1
Alle	222	12,2	13,1	18,5	5,0	9,5
MW = E, G, M, S und U	74	9,5	12,2	14,9	0	8,1
MW= A, B, D, K, L, N, O, P und T	148	13,5	13,5	20,3	7,4	10,1

Tabelle 85: Prozentuale Häufigkeitsnennungen der Belastungen pro Schule

Hebammen/ Kreißsaal						
	n	Ungerecht Behandlung %	Fehlende Anerkennung %	Kein Team %	Rollen- ambiguität %	Leistungs- druck %
A	12	8,3	25,0	8,3	41,7	0
B	15	6,7	6,7	0	20,0	0
D	14	7,1	14,3	7,1	28,6	0
K	23	67,8	4,3	4,3	17,4	21,7
L	15	6,7	6,7	6,7	0	13,3
N	15	0	0	0	6,7	0
O	20	5,0	0	5,0	0	5,0
P	16	25,0	0	0	0	18,8
T	18	16,7	11,1	0	16,7	0
Alle	222	14,4	5,9	2,7	12,2	6,3
MW = E, G, M, S und U	74	12,2	4,1	1,4	9,5	4,1
MW= A, B, D, K, L, N, O, P und T	148	15,5	6,8	3,4	13,5	7,4

Tabelle 86: Syntax Partielle Korrelation SOC

PARTIAL CORR

/VARIABLES=BM_delta BL_delta prived berufsk orgprax zeitd sbmpverum
sbhebbest sbhebf BY

SOCErgebnisT1

/SIGNIFICANCE=TWOTAIL

/MISSING=LISTWISE.

Tabelle 87: Partielle Korrelation BM- und BL-Delta und Belastungen (I)

Korrelationen			BM_delta	BL_delta	prived
Kontrollvariablen					
SOC T1-Ergebnis	BM_delta	Korrelation	1,000	,488	,116
		Signifikanz (zweiseitig)	.	,000	,086
		Freiheitsgrade	0	219	219
	BL_delta	Korrelation	,488	1,000	,207
		Signifikanz (zweiseitig)	,000	.	,002
		Freiheitsgrade	219	0	219
	prived	Korrelation	,116	,207	1,000
		Signifikanz (zweiseitig)	,086	,002	.
		Freiheitsgrade	219	219	0
	berufsk	Korrelation	-,123	-,145	-,003
		Signifikanz (zweiseitig)	,068	,031	,961
		Freiheitsgrade	219	219	219
	orgprax	Korrelation	,243	,113	-,022
		Signifikanz (zweiseitig)	,000	,093	,743
		Freiheitsgrade	219	219	219
	zeitd	Korrelation	,187	,124	-,059
		Signifikanz (zweiseitig)	,005	,066	,381
		Freiheitsgrade	219	219	219
	sbmpverum	Korrelation	,053	-,140	-,061
		Signifikanz (zweiseitig)	,432	,037	,370
		Freiheitsgrade	219	219	219
	sbhebbest	Korrelation	,093	,131	,006
		Signifikanz (zweiseitig)	,168	,052	,924
		Freiheitsgrade	219	219	219

	sbhebfa	Korrelation	,182	,040	,047
		Signifikanz (zweiseitig)	,007	,554	,490
		Freiheitsgrade	219	219	219

Tabelle 88: Partielle Korrelationen BL- und BM-Delta und Belastungen (II)

Korrelationen			berufsk	orgprax	zeitd
Kontrollvariablen					
SOC T1-Ergebnis	BM_delta	Korrelation	-,123	,243	,187
		Signifikanz (zweiseitig)	,068	,000	,005
		Freiheitsgrade	219	219	219
	BL_delta	Korrelation	-,145	,113	,124
		Signifikanz (zweiseitig)	,031	,093	,066
		Freiheitsgrade	219	219	219
	prived	Korrelation	-,003	-,022	-,059
		Signifikanz (zweiseitig)	,961	,743	,381
		Freiheitsgrade	219	219	219
	berufsk	Korrelation	1,000	-,002	-,033
		Signifikanz (zweiseitig)	.	,982	,629
		Freiheitsgrade	0	219	219
	orgprax	Korrelation	-,002	1,000	,012
		Signifikanz (zweiseitig)	,982	.	,861
		Freiheitsgrade	219	0	219
	zeitd	Korrelation	-,033	,012	1,000
		Signifikanz (zweiseitig)	,629	,861	.
		Freiheitsgrade	219	219	0
	sbmpverum	Korrelation	-,089	,042	,061
		Signifikanz (zweiseitig)	,186	,533	,368
		Freiheitsgrade	219	219	219
	sbhebbest	Korrelation	,012	,077	-,051
		Signifikanz (zweiseitig)	,861	,256	,453
		Freiheitsgrade	219	219	219
	sbhebfa	Korrelation	-,016	,213	-,022
		Signifikanz (zweiseitig)	,817	,001	,749
		Freiheitsgrade	219	219	219

Tabelle 89: Partielle Korrelationen BL- und BM-Delta und Belastungen (III)

Korrelationen			sbmpverum	sbhebbest	sbhebfa
Kontrollvariablen					
SOC T1-Ergebnis	BM_delta	Korrelation	,053	,093	,182
		Signifikanz (zweiseitig)	,432	,168	,007
		Freiheitsgrade	219	219	219
	BL_delta	Korrelation	-,140	,131	,040
		Signifikanz (zweiseitig)	,037	,052	,554
		Freiheitsgrade	219	219	219
	prived	Korrelation	-,061	,006	,047
		Signifikanz (zweiseitig)	,370	,924	,490
		Freiheitsgrade	219	219	219
	berufsk	Korrelation	-,089	,012	-,016
		Signifikanz (zweiseitig)	,186	,861	,817
		Freiheitsgrade	219	219	219
	orgprax	Korrelation	,042	,077	,213
		Signifikanz (zweiseitig)	,533	,256	,001
		Freiheitsgrade	219	219	219
	zeitd	Korrelation	,061	-,051	-,022
		Signifikanz (zweiseitig)	,368	,453	,749
		Freiheitsgrade	219	219	219
	sbmpverum	Korrelation	1,000	-,061	-,059
		Signifikanz (zweiseitig)	.	,368	,382
		Freiheitsgrade	0	219	219
	sbhebbest	Korrelation	-,061	1,000	,052
		Signifikanz (zweiseitig)	,368	.	,441
		Freiheitsgrade	219	0	219
	sbhebfa	Korrelation	-,059	,052	1,000
		Signifikanz (zweiseitig)	,382	,441	.
		Freiheitsgrade	219	219	0

Wissenschaftlicher Werdegang

Monika Greening, geboren am 19. April 1965 in Wiesbaden
 Hebammenexamen 1993,
 Hochschulzugang für besonders befähigte Berufstätige 2001

Studium:

09.2001-07.2005	Studium der Pflege- und Gesundheitswissenschaften Evangelische Fachhochschule in Darmstadt
-----------------	---

Parallel zum Studium:

Berufstätigkeit als angestellte und freiberufliche
Hebamme

Berufstätigkeit:

1993-1997	Angestellte Hebamme; Justus-Liebig-Universität Gießen, St. Vincenz- und Elisabeth Hospital Mainz, Marienhospital Darmstadt
-----------	--

1997-2002	Leitende Hebamme im Kreißsaal, Marienhospital Darmstadt
-----------	--

2006-2009	Freiberufliche Dozentin an der Hebammenschule in Wiesbaden, Krankenpflegeschule des St. Markus Krankenhauses in Frankfurt und an der Fachhochschule für Öffentliche Verwaltung in Kehl
-----------	---

seit 10.2010	Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Evangelischen Hochschule Nürnberg, Fakultät: Gesundheit und Pflege
--------------	--

Promotion:

2006-2011	Promotion an der Technische Universität Darmstadt, Humanwissenschaften (Fachbereich 3), Institut für Allgemeine Pädagogik und Berufspädagogik
-----------	---